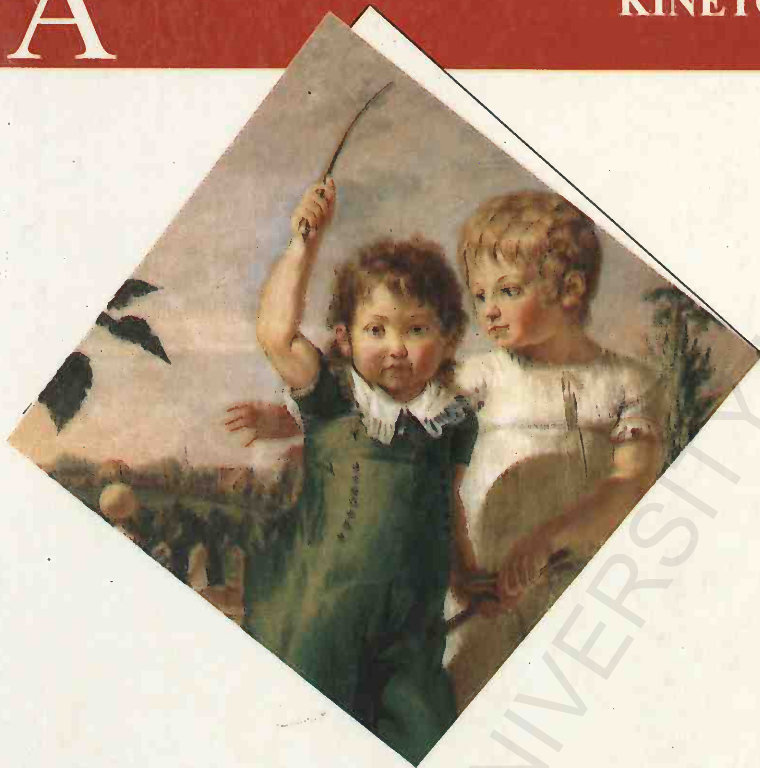
A

KINETOTERAPIE



PSIHOMOTRICITATEA

CONSTANTIN ALBU
ADRIANA ALBU
TIBERIU LEONARD VLAD
IOAN IACOB

PREFAȚĂ

Psihomotricitatea, ca parte componentă a psihologiei aplicate, abordează studiul funcțiilor motrice, integrate și coordonate de funcțiile psihice. Acestui releu neuromotor i se asociază și concluzia că arta de a stăpîni corpul este și prima condiție de stăpînire a comportamentului.

Educația psihomotrică a copilului trebuie înțeleasă și abordată în toată complexitatea sa, iar conștientizarea corpului, în relație cu segmentele sale, precum și poziționarea lor în spațiu trebuie să se înscrie ca o preocupare permanentă, ca rezultat al participării consensuale dintre demersul psihic și cel al finalizării motorii. Problematica dezvoltării psihomotrice a copilului trebuie să fie urmărită de orice demers și să vizeze, înainte de orice altceva, capacitatea copilului de a-și forma o imagine cît mai exactă asupra propriului său corp, diferențiat pe cap, trunchi și membre. În continuare, preocupările trebuie dirijate spre conștientizarea funcției de echilibru, prin punerea copilului în situații de pierdere a acestuia prin dezechilibrări dirijate. Dobîndirea capacității de coordonare globală și segmentară a mișcărilor este în măsură să evidențieze cît mai precoce manifestările de lateralitate emisferică, pe prim-plan fiind preferința manuală. Nu trebuie neglijată exersarea situațiilor ce pun copilului probleme de spațiu și timp, în contextul integrării sale globale în mediul în care trăiește și se dezvoltă.

Pe măsura creșterii și dezvoltării organismului, copilului mic trebuie să i se asigure și accesul sistematic la mijloacele pe care educația fizică le pune la dispoziție, realizînd, de această manieră, o îmbinare dintre cele mai eficiente a preceptelor psihologice cu cele pe care pedagogia le pune la dispoziție.

Urmărind evoluția psihomotrică a unui copil, se constată că acumulările, pe care acesta le realizează, sînt amplu distribuite spre paliere din ce în ce mai complexe, iar educația trebuie să uzeze structura unei game largi de obiective, între care formarea conduitelor motrice de bază, la care se adaugă și formarea conduitelor și structurilor perceptiv-motrice, ce trebuie considerate ca prioritare.

În literatura de specialitate, aspectele legate de educarea şi mai ales de reeducarea pe plan psihomotric au ca punct de plecare schema corporală.

Este un adevăr de necontestat că în procesul de reeducare acţiunile au ca punct central formarea imaginii despre propriul său corp, fiind pus în relaţie cu mediul în care trăieşte şi se dezvoltă. Educaţia psihomotrică a copilului îşi propune să acţioneze corelat în direcţia utilizării sistemului de mijloace, care să contribuie la formarea unui bagaj motric cît mai complet.

În condiţiile în care se constată că bagajul motric prezintă unele carenţe, planul terapeutic îşi propune refacerea componentelor lipsă, oferind, astfel, copilului posibilitatea de a face faţă unei cît mai largi game de solicitări pe plan psihomotor, la care comportamentul său general, în paralel cu bagajul intelectual restant de care dispune, va face din copil artizanul propriei sale recuperări.

Sintetizînd obiectivele educaţiei psihomotrice, acestea vizează în principal: dezvoltarea normală a comportamentului motor; în condiţiile instalării unor tulburări, să contribuie la îmbunătăţirea comportamentului general; să contribuie la formarea unor deprinderi motrice şi intelectuale cît mai corecte, în vederea integrării copilului în activitatea şcolară şi apoi în cea socială. Sistemul de operare trebuie dirijat de aşa manieră, încît activitatea să poată fi diferenţiată pe cele două componente, considerate a fi de bază: funcţională şi ludică.

În procesul de educare psihomotrică acţiunile sînt orientate prioritar spre acumularea unor conduite, pe care se clădesc treptat componentele de bază, de apartenenţă mai mult sau mai puţin instinctive, ceea ce va contribui la formarea unei reprezentări mai corecte despre mişcările corpului şi ale segmentelor sale. Pe aceste considerente, preocupările copilului vor trebui orientate, în mod consecvent, spre funcţiile de echilibru, static şi dinamic, precum şi de coordonare dinamică generală, ca preludiu la integrarea sa socio-familială, ca obiectiv imediat, şi socio-productivă, ca obiectiv de perspectivă.

O astfel de problematică, etalată succint mai sus, o au în vedere autorii acestei lucrări. Ea se înscrie într-o direcţie mai puţin frecventată de teoreticienii şi practicienii de la noi şi de aceea demersul trebuie aplaudat şi valorizat la maximum.

Lucrarea se adresează, cu prioritate, studenţilor şi cadrului didactic de la o serie de facultăţi de profil (psihopedagogie, educaţie fizică şi sport, medicină etc.), precum şi practicienilor din domeniile recuperării şi reformării unor funcţii psihomotrice.

Îi felicităm pe autori şi sugerăm preluarea şi activarea preţioaselor lor sugestii şi recomandări de ordin teoretico-practic.

Prof. univ. dr. CONSTANTIN CUCOŞ

Partea I

BAZELE GENERALE ALE PSIHOMOTRICITĂȚII

În literatura de specialitate, [illegible] educaţie şi mai ales de [illegible] ideii psihomotrice au ca punct de plecare schema corporală.

Este un adevăr de necontestat că în procesul de reeducare acţiunile [illegible] formarea imaginii despre propriul său corp, fiind pus în relaţie cu mediul în care trăieşte şi se dezvoltă. Educaţia psihomotrică a copilului îşi propune să acţioneze asupra [illegible] sistemului de mijloace, care să contribuie la formarea unui bagaj motric [illegible].

În condiţiile în care se constată că bagajul motric [illegible] recuperarea îşi propune refacerea [illegible] fie [illegible] cât mai largi gama de mişcări şi prin stimularea [illegible] generală. În paralel cu [illegible] recuperării.

Sintetizând, obiectivele [illegible] vizează în principal: dezvoltarea normală a comportamentului motor, [illegible] instalării unor tulburări, să contribuie la îmbunătăţirea comportamentului [illegible] să contribuie la formarea unor deprinderi motrice şi intelectuale cât mai [illegible] copilului în activitatea şcolară şi apoi în cea socială. [illegible] activitatea să poată fi diferenţiată pe [illegible] funcţională şi ludică.

În procesul de educaţie psihomotrică [illegible] unor conduite, pe care se clădeşte [illegible] mai puţin [illegible] mişcările corpului şi ale [illegible] trebuie orientate, în mod [illegible] de coordonare dinamică generală, [illegible] şi socio-productivă, ca obiectiv de perspectivă.

O astfel de problematică, [illegible] acestei lucrări. Ea se înscrie într-o direcţie mai puţin frecventată de [illegible] şi practicienii de la noi şi de aceea demersul trebuie aplaudat şi valorizat [illegible].

Lucrarea se adresează, cu prioritate, [illegible] şi [illegible] didactic de la [illegible] facultăţi de profil (psihopedagogie, educaţie fizică şi sport, medicină etc.), [illegible] şi practicienilor din domeniile recuperării şi reformării [illegible] psihomotricităţii.

Îi felicităm pe autori şi sugerăm [illegible] şi recomandări de ordin teoretico-practic.

Prof. univ. dr. CONSTANTIN CUCOŞ

PRINCIPALELE ETAPE ALE EVOLUŢIEI PSIHOMOTRICE A COPILULUI

Conceptul de corp a suferit numeroase modificări de-a lungul anilor. Iniţial, corpul a fost studiat doar din punct de vedere psihologic. Ulterior, el a fost studiat din punct de vedere fiziologic, insistîndu-se pe funcţiile acestuia. În realitate, corpul este o unitate complexă, prin intermediul căreia omul simte şi acţionează. Evoluţia psihomotricităţii este, de fapt, istoria interacţiunii dintre elementul psihic şi cel fizic. Încă din primii ani de viaţă expresiile motrice evidenţiază relaţia copilului cu propriul corp şi cu persoanele din anturaj. (***, *La psychomotricité*, 1994, p. 17).

După cum spune Arlette Bourcier (citată de G.B. Soubiran, 1975, p. 23), tot ceea ce copilul vede, întîlneşte, atinge şi manevrează contribuie la dezvoltarea inteligenţei sale.

Noţiunea de psihomotricitate a fost introdusă de Ernest Dupré, atunci cînd a prezentat sindromul de debilitate motrică, manifestat prin dereglări ale funcţiilor motrice în care sistemul nervos joacă un rol esenţial (***, *La psychomotricité*, 1994, p. 14).

A. De Meur (1988, p. 6) face o sinteză a teoriilor legate de evoluţia conceptului de psihomotricitate, observînd existenţa a patru mari etape. Iniţial, cercetătorii au fost preocupaţi de problema dezvoltării motrice la copil. În etapa următoare, studiul s-a axat pe relaţia ce exista între retardul motric şi intelectual. În cea de-a treia etapă, specialiştii s-au concentrat pe aspectele legate de particularităţile motricităţii în funcţie de grupa de vîrstă. În final s-a ajuns la cunoaşterea complexă a psihomotricităţii şi la studierea relaţiilor ce există între schema corporală, lateralitate şi orientare spaţio-temporală. Psihomotricitatea scoate în evidenţă legătura dintre motricitatea, intelectul şi afectivitatea copilului.

În ţara noastră, M. Epuran (1976, p. 114) s-a ocupat de această problemă şi a definit psihomotricitatea ca „expresia maturizării şi integrării funcţiilor motrice şi psihice la nivelul pretins de integrarea funcţională bună a individului în ambianţă".

O altă definiţie a fost dată de P. Arcan (1980, p. 56), după care psihomotricitatea este o funcţie complexă ce integrează şi conjugă aspecte motrice şi psihice, elemente ce vor influenţa comportamentul unei persoane. Practic, mişcarea nu este o simplă deplasare a segmentelor corporale, ea implicînd o acţiune desfăşurată cu un anumit scop.

Direcţiile de evoluţie ale psihomotricităţii

O persoană se manifestă prin intermediul propriului corp, care este instrumentul conştiinţei de sine. Corpul trebuie privit din trei direcţii diferite repre-

zentate de: relaţia cu sine; relaţia cu persoanele din anturaj; relaţia cu mediul înconjurător.

Relaţia cu sine implică adoptarea unei atitudini echilibrate faţă de propria persoană. În cadrul acestui proces, sînt esenţiale starea de spirit şi postura corpului. Starea de spirit implică acceptarea propriei persoane pornind de la o bază realistă, iar coordonarea posturală cuprinde elementele legate de spaţiu (aliniamentul scheletului), ritm (ritmul respirator) şi energie (concentrarea forţei la nivel abdominal) (***, *La psychomotricité*, 1994, p. 23).

Relaţia cu persoanele din anturaj este esenţială pentru dezvoltarea Eului corporal. Acesta se dezvoltă doar în prezenţa unui partener cu care copilul are relaţii permanente şi care-i oferă securitate.. În majoritatea cazurilor, acest partener este reprezentat de mamă, care îngrijeşte permanent copilul. Prin intermediul acestor îngrijiri, dar mai ales al jocului, copilul îşi descoperă senzorio-motricitatea.

Relaţia cu mediul înconjurător se realizează iniţial prin intermediul mamei ce oferă copilului posibilitatea studierii lumii exterioare şi a obiectelor. Prin intermediul jucăriilor, copilul vine în contact cu obiectele şi obţine informaţii legate de permanenţa lor.

Obiectivele psihomotricităţii

Studiul psihomotricităţii ne relevă acele aspecte care îi permit copilului să-şi formeze sistemul de mişcări prin intermediul cărora poate acţiona în orice condiţii, pe baza propriilor decizii, cu eficienţă, spontaneitate şi rapiditate.

Ca *obiective generale*, psihomotricitatea vizează: cunoaşterea şi înţelegerea elementelor constitutive ale psihomotricităţii; cunoaşterea instrumentelor prin intermediul cărora se poate acţiona; stăpînirea comportamentelor de bază ale psihomotricităţii pentru a obţine o reacţie adecvată; identificarea precoce a retardurilor psihomotrice pentru a orienta procesul de educare în vederea dispariţiei lor; diagnosticarea rapidă a tulburărilor de psihomotricitate şi îndrumarea procesului de reeducare către diminuarea efectelor negative.

Ca *obiective particulare*, psihomotricitatea urmăreşte: dezvoltarea kinesteziei, a percepţiei şi reprezentării complexe a mişcării; perfecţionarea capacităţii de mişcare îndreptată către adaptarea precisă la solicitări şi stăpînirea corpului; evaluarea potenţialului psihomotric prin aprecierea raportului dintre vîrsta biologică şi cea cronologică; dezvoltarea priceperilor şi deprinderilor motrice de bază şi aplicative: mers, alergare, săritură, aruncare, echilibru, căţărare, tracţiune; perfecţionarea calităţilor motrice: forţă, viteză, rezistenţă, îndemînare.

Caracteristici generale ale procesului de creştere şi dezvoltare

Copilăria este o etapă complexă, în timpul căreia organismul suferă numeroase schimbări. Procesele fundamentale ce au loc în această etapă sînt cele de creştere şi dezvoltare.

Creşterea este un proces cantitativ prin care se realizează acumularea de substanţă organică. Este un proces complex ce cuprinde două laturi: creşterea în volum; refacerea masei celulare uzate (M. Ifrim, 1986, p. 27).

Dezvoltarea este un proces calitativ prin care se realizează o permanentă restructurare şi reorganizare a conţinuturilor.

Aceste procese sînt influenţate de acţiunea unor factori interni (ereditate) şi externi (de mediu). Aceşti factori acţionează în strînsă legătură, modificîndu-şi permanent efectele.

Factorii *interni* sînt reprezentaţi de ereditate. Există o serie de elemente cu caracter general, pe care le întîlnim la întreaga populaţie, şi unele cu caracter individual, ce particularizează o anumită persoană.

Factorii *de mediu* sînt organici şi socio-culturali. Factorii organici sînt reprezentaţi de climă, morbiditate, alimentaţie, locuinţă, expunerea la substanţe poluante. Factorii socio-culturali sînt reprezentaţi de mediul familial, condiţiile economice, mediul şcolar şi profesional (P. Meilă, 1988, p. 257).

Intervenţia factorilor socio-culturali este esenţială pentru dezvoltarea normală a psihomotricităţii. Această afirmaţie este confirmată de experienţele copiilor crescuţi de animale şi care nu s-au mai putut integra într-un mediu uman obişnuit.

Din păcate, studiul dezvoltării umane este realizat în mod separat, urmărindu-se trei direcţii principale: dezvoltare fizică, cognitivă şi psihosocială. Dezvoltarea fizică include măsurarea greutăţii corporale, a taliei, a perimetrelor şi aprecierea perfecţionării abilităţilor motrice. În cadrul domeniului cognitiv sînt incluse percepţia, reprezentarea, gîndirea, memoria şi limbajul, procese ce stau la baza obţinerii de cunoştinţe. Domeniul psihosocial este centrat pe dezvoltarea personalităţii şi a relaţiilor sociale (K. Berger, 1986, p. 3).

Cele trei domenii evoluează în strînsă legătură, astfel că ele trebuie studiate împreună. Numeroşi autori insistă asupra interrelaţiei ce există între aceste domenii şi asupra efectului manifestat de factorul socio-cultural. Pornind de la aceste aspecte, au fost semnalate trei controverse legate de procesul creşterii şi dezvoltării umane.

Un prim element de discuţie este reprezentat de *legătura dintre ereditate şi mediu*. Aceşti doi factori joacă un rol esenţial în dezvoltarea copilului, dar este greu de apreciat măsura în care intervine fiecare. Mult mai importantă este interacţiunea lor, deoarece copilul îşi va utiliza întregul potenţial genetic în condiţii de mediu favorabile (K. Berger, 1986, p. 10).

O altă controversă este legată de *modul în care se realizează creşterea şi dezvoltarea*. Unii autori afirmă apariţia unei evoluţii progresive în care schimbările se produc treptat. Alţii consideră că evoluţia se produce în trepte, este discontinuă, astfel că se pot identifica anumite stadii. În realitate, aceste fenomene sînt influenţate de numeroşi factori, astfel că pot apărea perioade de evoluţie lentă şi momente de creştere prin salturi. Procesele psihice nu evoluează doar de la simplu la complex, ele suferind numeroase reorganizări. În perioada copilăriei apar forme superioare ale dezvoltării psihice, care vor avea efecte reglatoare asupra funcţilor apărute anterior (P. Meilă, 1988, p. 261).

A treia controversă este legată de ceea ce noi numim *evoluţia normală*. În realitate, pentru dezvoltarea psihomotrică este greu de apreciat ceea ce înseamnă normalul deoarece fiecare persoană este o individualitate. Au fost realizate anumite teste de tip *screening* pornind de la norme ce corespund majorităţii populaţiei. Există însă unele situaţii în care evoluţia este lentă, astfel că nu este posibilă încadrarea în norme. Aceste situaţii sînt apreciate ca diferite sau marcînd un deficit? Răspunsul la această întrebare este greu de oferit, dar trebuie să ţinem seama de faptul că fiecare

copil este un unicat. Totuşi copiii care ridică unele probleme trebuie atent monitorizaţi, deoarece ei pot beneficia de programe adecvate de stimulare psihomotrică.

Principiile generale ale proceselor de creştere şi dezvoltare

Caracteristicile generale ale proceselor de creştere şi dezvoltare au fost prezentate diferit de diverşi autori. Vom insista asupra principiilor enunţate de Gh. Tănăsescu şi de M. Ifrim. De asemenea, vom încerca să urmărim elementele de diferenţiere şi cele asemănătoare prezentate de cei doi autori.

Gh. Tănăsescu enunţă 5 principii care stau la baza proceselor de creştere şi dezvoltare:

a) ritmul de creştere *se reduce treptat*, fiind mai mic pe măsură ce copilul creşte. Creşterea intensă apare în viaţa intrauterină şi în primul an de viaţă extrauterină (S. Mănescu, 1986, p.30);
b) ritmul creşterii *este neuniform*, perioadele de creştere lentă alternînd cu cele în care evoluţia este alertă. În primii trei ani de viaţă creşterea este intensă, urmează apoi o perioadă de creştere lentă ce durează pînă la 10/11 ani. În etapa pubertară creşterea este intensă, dar după vîrsta de 14/15 ani aceasta devine lentă, pentru a se opri la 18 ani;
c) ritmul creşterii şi dezvoltării diferitelor organe şi ţesuturi este *deosebit* pentru acelaşi interval de timp. Creşterea este neuniformă, fiind orientată în sens cefalo-caudal şi proximo-distal. Unele organe au o dezvoltare rapidă (creierul), în timp ce altele evoluează lent (sistemul muscular);
d) dezvoltarea organelor şi sistemelor se face în *condiţii de interdependenţă.* Astfel, există o relaţie directă între dezvoltarea sistemului osteo-articular şi muscular sau între dezvoltarea creierului şi cea a analizatorilor;
e) *cele două sexe* prezintă o dezvoltare fizică diferită. La naştere, fetele au valori mai mici pentru talie şi greutate faţă de băieţi, o dezvoltare evidentă a ţesutului adipos şi o evoluţie alertă a nucleelor de osificare. La acestea pubertatea apare mai rapid, dar valorile la care ajung (în special pentru înălţime) sînt inferioare celor ale băieţilor.

Citînd din Adrian Ionescu, M. Ifrim (1986, p. 31) prezintă următoarele 5 legi ale creşterii:

a) *legea creşterii inegale şi asimetrice a organelor.* Fiecare organ prezintă perioade în care creşterea este accentuată, urmate de momente de evoluţie lentă. Între cele două jumătăţi ale corpului există diferenţe legate de dimensiunile segmentelor şi dispoziţia organelor. La dreptaci membrul superior drept are o lungime şi o grosime mai mare comparativ cu cel stîng. Faţă de principiile lui Gh. Tănăsescu, acest autor introduce în plus problema asimetriei, ceea ce reprezintă un pas înainte în cunoaşterea corpului omenesc;
b) *creşterea şi dezvoltarea sînt diferite pentru diverse organe* care-şi păstrează un ritm propriu de evoluţie, diferenţiere structurală şi maturizare funcţională. Este o caracteristică de bază a acestor procese, astfel că ea este menţionată de ambii autori studiaţi;
c) *legea proporţiilor* este strîns legată de cea a ritmului diferit de creştere. Fiecare segment corporal are un ritm propriu de creştere, ceea ce duce la schimbarea proporţiilor dintre părţi;

d) *legea alternanței* enunțată de Godin evidențiază existența unei alternanțe între creșterea osoasă în lungime și grosime, între creșterea extremităților distale și proximale, între creșterea membrelor superioare și inferioare. Această lege poate fi asimilată principiului ritmului de creștere enunțat de Gh. Tănăsescu. Totuși M. Ifrim (1986, p. 33) se referă doar la creșterea generală a taliei și greutății, insistînd pe dezvoltarea sistemului osos. Pînă la vîrsta de 20 de ani organismul trece prin trei perioade de creștere în greutate (împlinire) și trei etape de creștere în lungime (alungire);

e) *legea maturizării pubertare.* Conform acestui autor, evoluția pubertară începe în momentul intrării în acțiune a gonadelor și se desfășoară diferit în funcție de sex. Este o lege restrictivă ce nu urmărește evoluția în totalitate, deoarece diferențele pe sexe apar încă de la naștere.

Legile dezvoltării psihomotrice și factorii care o condiționează

Legile dezvoltării psihomotrice

J.J. Guillarmé (1982, p. 30) enunță două legi ale evoluției psihomotrice reprezentate de diferențiere și variabilitate.

Diferențierea se manifestă încă din primele luni de viață. Inițial, mișcările nou-născutului sînt haotice, avînd aspectul unor descărcări generale. Treptat, aceste descărcări devin localizate la un anumit segment, astfel că mișcările vor fi orientate într-o direcție și adaptate scopului.

Variabilitatea implică dezvoltarea inegală în timp a psihomotricității. Există momente în care psihomotricitatea evoluează rapid și etape în care progresia este lentă.

Evoluția psihomotricității este strîns legată de dezvoltarea sistemului osteoarticular, fenomen ce se petrece respectînd patru legi.

Osificarea și creșterea oaselor diferă de la un segment la altul. Epifizele care se osifică cel mai tîrziu sînt plasate aproape de genunchi și departe de cot (formula lui Ollier) (A. Lapierre, 1976, p. 28).

Legea alternanței a lui Godin specifică faptul că puseele de creștere scheletică apar la intervale de 6 luni. Creșterea în lungime alternează cu cea în grosime.

Legea lui Delpech. În situația în care cartilajele diartrodiale transmit o presiune scăzută, cartilajul de conjugare vecin intră în activitate și invers. Această lege este esențială în kinetoterapie, deoarece explică etiologia deformărilor osoase. La acest principiu, A. Lapierre adaugă ideea deformării oaselor în situația în care ele sînt plasate într-o poziție vicioasă.

Mișcarea favorizează dezvoltarea sistemului osteoarticular. Creșterea în lungime și grosime a oaselor este stimulată de excitația funcțională a mușchilor. De asemenea, mișcarea are un rol important de modelare a suprafețelor articulare.

Etapele dezvoltării psihomotrice

Studiile de dezvoltare au determinat elaborarea unor norme ce permit aprecierea evoluției copilului. Aceste norme sînt raportate la anumite grupe de vîrstă, astfel că este posibilă aprecierea nivelului performanțelor obținute de copil.

În prezent există dispute legate de ceea ce este considerat normal şi de aprecierea retardurilor. Pornind de la aceste aprecieri, evoluţia psihomotricităţii a fost împărţită în trei etape reprezentate de inovaţie, integrare şi echilibru.

Iniţial, copilul îşi testează capacităţile şi ajunge la *inovaţia* unor gesturi şi apoi a unor mişcări. O mişcare neaşteptată aduce mîna în dreptul ochilor. Ulterior, gestul va fi repetat din dorinţa de a obţine un efect asemănător. Inovaţia se realizează prin încercare şi eroare, ceea ce permite selectarea unor acţiuni îndreptate către obţinerea unui anumit scop (J.J. Guillarmé, 1982, p. 30).

Treptat, mişcările se perfecţionează, devenind precise şi adaptate ţelului propus. Este etapa de *integrare*, în cadrul căreia comanda nervoasă se perfecţionează şi apare legătura dintre cîmpul senzorial şi cel motor.

În final se ajunge la etapa de *echilibru*, în care mişcarea achiziţionată este executată cu exactitate şi va reprezenta elementul de bază pentru o nouă experienţă. Practic, dezvoltarea se face prin transformarea şi adaptarea experienţelor anterioare. Este vorba mai ales de o reorganizare permanentă şi mai puţin de o acumulare.

Dezvoltarea psihomotricităţii este un proces complex ce prezintă cîteva caracteristici generale: acumulările cantitative favorizează apariţia salturilor calitative ce duc la manifestarea unor forme noi de comportament; prin restructurări succesive calităţile noi le vor include pe cele anterioare; evoluţia este stadială, fiecare etapă de vîrstă prezentînd anumite caracteristici; în intervale scurte de timp transformările sînt de mică intensitate; diversele însuşiri au ritmuri proprii de dezvoltare (P. Arcan, 1980, p. 57).

Factorii ce influenţează dezvoltarea psihomotrică

Evoluţia psihomotricităţii este influenţată de unii factori biologici şi psihologici. Dintre factorii cu acţiune favorizantă specificăm: maturizarea nervoasă; învăţarea; experienţa şi conduita motrică.

Maturizarea nervoasă. La naştere copilul este într-un stadiu incipient de maturare, în special în ceea ce priveşte structurile corticale. Fasciculele piramidale sînt încă puţin diferenţiate şi mielinizate, astfel că mişcările voluntare sînt imposibile. La om apare iniţial o stare de inferioritate, generată de structura complexă a sistemului nervos. Se ajunge la performanţele caracteristice adultului abia după vîrsta de 18-20 de ani. Unii autori afirmă existenţa unei legături între mielinizare şi maturizare, dar nu există argumente care să susţină această ipoteză.

Un alt grup de factori ce permit explicarea evoluţiei motrice sînt cei reprezentaţi de *învăţare*. În numeroase ţări au fost elaborate programe de stimulare a dezvoltării copiilor de vîrstă mică. În cadrul acestor programe, copilului i se oferă posibilitatea achiziţiei de cunoştinţe şi abilităţi noi. Copilul este stimulat cu ajutorul unor jucării diverse, prin punerea lui în situaţii diferite, prin executarea unor exerciţii fizice variate. În acest context, el este incitat la o activitate permanentă, spontană sau dirijată. Rezultatele obţinute sînt permanent apreciate, ceea ce duce la o întărire pozitivă. Stimulii oferiţi copilului trebuie să fie adaptaţi vîrstei şi să aibă un caracter de noutate. Se vor evita jocurile şi execiţiile dificile, generatoare de eşec. Solicitările vor fi îmbogăţite progresiv, pe măsură ce copilul obţine rezultatul scontat. De exemplu, se începe cu jocuri de manipulare, urmate de exerciţii uşoare de asamblare a

unor piese. Au fost elaborate numeroase programe de stimulare a copiilor în creşă şi grădiniță. Un astfel de program este ghidul *Portage*, ce prevede repetarea unei acţiuni pînă în momentul în care ea este corect executată. Pentru copiii cu probleme au fost elaborate o serie de programe de învăţare de tipul celor de compensare, corectare sau recuperare (S. Mănescu, 1986, p. 194).

Rolul experienţei în evoluţia psihomotricităţii a fost recunoscut de numeroşi specialişti. Au fost elaborate două teorii ce pornesc de la ideea experienţei.

După unii autori, organizarea psihomotricităţii porneşte de la experienţa personală. Prin exerciţiu se dezvoltă o serie de elemente ale motricităţii care vor fi integrate în ansamblul coordonărilor. Se structurează o anumită *schemă globală* a posturilor, în care poziţia unui anumit segment corporal este bine delimitată. Această teorie porneşte de la ideea programării unei acţiuni ce se va repeta apoi identic. În realitate, mişcarea nu poate fi simplificată la un număr fix de posturi.

Conform celei de-a doua teorii, experienţa determină învăţarea unor *scheme motorii* noi pornind de la unele elemente de bază. Progresiv, copilul îşi va construi o serie de scheme complexe care vor permite adaptarea mişcării la ţelul propus. Treptat, sugarul ajunge de la dependenţă la autonomie. Comportamentul motor al copilului capătă progresiv sens, devine o conduită şi reprezintă punctul de plecare al dezvoltării cognitive. Copilul obţine noi informaţii prin joc, acţiune în care elementul motric este iniţial primordial, pentru ca ulterior să devină doar suport pentru procesul de învăţare.

COMPONENTELE DE BAZA ALE PSIHOMOTRICITATII

Organismul uman trebuie conceput ca o unitate în cadrul căreia psihicul şi elementul somatic sînt în interdependenţă. Cunoaşterea propriului corp stă la baza cunoaşterii propriei identităţi. Persoana se manifestă şi se particularizează prin anumite posturi corporale, atitudini, gesturi sau mimică.

Corpul nu trebuie studiat izolat, ci în relaţie cu sine, cu cei din jur şi cu mediul înconjurător. În cadrul relaţiei cu sine, este esenţială structurarea unităţii dintre corp şi psihic. Relaţia cu cei din jur începe încă de la naştere, fiind mediată de persoanele ce asigură ingrijiri. Relaţia cu obiectele reprezintă primul element al contactului cu mediul inconjurător. În categoria obiectelor includem în primul rînd jucăriile, cu care copilul vine în contact încă din primele luni de viaţă.

F. Buytendijk (citat de R. Dailly, 1980, p. 1) identifică trei modalităţi de exprimare a corpului: corpul funcţional, la care primordială este mişcarea; corpul în activitate se referă la actul motor voluntar; corpul ca instrument de exprimare ia parte la medierea relaţiei cu mediul înconjurător.

După M. Epuran, (1976, p. 115), elementele componente ale psihomotricităţii sînt: schema corporală; coordonarea dinamică, segmentară şi generală; coordonarea statică – echilibrarea; coordonarea perceptiv-motrică (percepţia spaţiului, ritmului şi a mişcărilor proprii); rapiditatea mişcărilor; ideomotricitatea (ca sinteză dinamică a schemei corporale şi a coordonărilor perceptiv-motrice cu sarcina motrică).

L. Picq şi P. Vayer, (1968, p. 20) au realizat cea mai schematică structură a funcţiei motrice. Aceşti autori identifică trei tipuri de manifestări de activitate, reprezentate de: conduitele motrice de bază; conduitele neuromotorii; conduitele şi structurile perceptiv-motrice.

Conduitele motrice de bază

Aceste conduite sînt mai mult sau mai puţin controlate cortical, ele fiind strîns legate de reflexele necondiţionate. În această categorie sînt incluse: coordonarea oculo-motorie, echilibrul şi coordonarea dinamică generală.

Coordonarea oculo-motorie

În realitate, este vorba de o coordonare complexă, generată de legătura ce apare între cîmpurile senzoriale şi cele motorii. Mult mai corect este termenul de coordonare senzorio-motrică.

Nou-născutul îşi mişcă mîinile în mod necontrolat. Întîmplător, acestea trec prin dreptul ochilor, dar fără a provoca reacţii. Treptat, acest gest se repetă, iniţial involuntar, apoi voluntar, generînd reacţii de fixare cu privirea. Ulterior, acest exer-

cițiu devine gestul preferat al copilului, care-și studiază sistematic mîinile, le apropie sau le depărtează. Aceste exerciții au rezultate deosebite, favorizînd apariția unei legături între cîmpul vizual și cel motor.

Exerciții asemănătoare apar la nivelul tuturor domeniilor senzoriale și motorii: tactile-kinestezice, audio-motorii, audio-fonice. Exemplul cel mai evident este cel legat de succesiunea de sunete emisă de copil prin gîngurit. Sunetul este produs inițial întîmplător, pentru ca ulterior el să fie perfecționat pînă la dezvoltarea fonemelor folosite în limba vorbită. În acest fel este perfecționată activitatea aparatelor motor și sensorial, care devine integrată într-un tot unitar.

Cea mai importantă este totuși coordonarea ochi-mînă, ce permite controlul și perfecționarea gesturilor. De asemenea, spațiul în care trăiește copilul se lărgește prin intermediul spațiului vizual. Copilul vede un obiect la distanță și simte nevoia să se deplaseze pentru a ajunge la el și a-l verifica manual. În acest fel se va realiza structurarea mediului înconjurător și perfecționa orientarea spațială. Practic, coordonarea oculo-motorie reprezintă elementul de bază al prehensiunii.

Există o serie de factori care participă la realizarea unui gest adaptat scopului propus. L. Pick și P. Vayer (1968, p. 28) au identificat șase factori reprezentați de:

– perfecționarea echilibrului static și dinamic asigură independența de mișcare a unui anumit segment corporal;
– dezvoltarea engramelor motorii oferă posibilitatea repetării unui anumit gest;
– dizolvarea treptată a sincineziilor asigură independența motrică a celor două membre superioare și inferioare;
– adaptarea la efortul muscular;
– perfecționarea coordonării senzorio-motrice;
– adaptarea ideomotrică.

Mișcarea joacă un rol important în trecerea de la percepție la reprezentare. Percepția apare atunci cînd procesele cerebrale intervin în reținerea unei informații, iar persoana devine conștientă de acest aspect. (K. Berger, 1986, p. 158)

În cadrul activității de percepție se perfecționează inițial coordonarea mișcărilor oculare. În etapa următoare se dezvoltă coordonarea oculo-motorie ce permite consolidarea activității perceptive prin manipulare. Manipularea urmată de percepția obiectului permite formarea la nivel cerebral a reprezentării acestuia (reprezentarea implică existența unei imagini mentale a obiectului ce poate fi utilizată în absența lui) (P. Meilă, 1988, p. 269).

Evoluția percepției și a reprezentării este stimulată de perfecționarea *prehensiunii*. Prehensiunea este un act complex ce se dezvoltă mai ales în primul an de viață. O privire de ansamblu asupra evoluției prehensiunii ne permite să evidențiem, pe scurt, etapele de formare a acestei deprinderi: în prima lună de viață, prehensiunea este involuntară, fiind vorba de un reflex; în jurul vîrstei de 3 luni apar primele inițiative de apucare, reprezentate de agitarea brațelor; prima formă de prehensiune voluntară apare la vîrsta de 4-5 luni, cînd copilul manevrează un obiect folosind priza cubito-palmară (opoziția dintre degetele II-V și eminența hipotenară); către vîrsta de 6 luni, copilul plasează obiectele între palmă și degete (priză digito-palmară); spre 8 luni priza devine radio-palmară (policele este activ, făcînd opoziție mîinii); la 9-10 luni priza devine radio-digitală, moment în care copilul poate folosi pensa formată de pulpa policelui și falanga distală a indexului (P. Bizouard, 1995, p. 109).

Aceste etape demonstrează evoluţia prehensiunii de la palmă către degete şi deplasarea dinspre teritoriile cubitale către cele radiale ale mîinii.

Tot în acest prim an de viaţă apare şi *perfecţionarea mişcărilor membrelor superioare* astfel: pînă la 6 luni, apropierea de obiect se realizează din umăr, mîna planînd asupra jucăriei; pînă la 9 luni, mişcarea din articulaţia cotului este sinergică cu cea a umărului; treptat, mişcarea devine economică, mîna apropiindu-se de obiect pe drumul cel mai direct şi mai scurt (P. Meilă, 1988, p. 269).

După vîrsta de un an, antrenamentul se realizează prin manipularea jucăriilor, iar în perioada preşcolară prin desen, pregătind astfel mîna pentru învăţarea scrisului

Scrisul este o activitate complexă, în care motricitatea este elementul de bază. În realizarea scrisului intervin trei categorii de factori reprezentaţi de: maturizarea sistemului nervos; dezvoltarea activităţilor fine ale membrelor superioare şi în special ale degetelor; perfecţionarea conduitelor perceptiv-motrice, în special a schemei corporale şi a orientării spaţiale (J. Ajuriaguerra, 1980, p. 178).

Achiziţia prehensiunii îi permite copilului să acţioneze asupra mediului înconjurător, ceea ce stimulează dezvoltarea funcţiilor cognitive. Practic, mîna este, după Kant, „creierul exterior al omului".

Manipularea unui obiect este un gest amplu ce implică diverse *tipuri de prindere*. Au fost identificate opt astfel de modalităţi, reprezentate de: prinderea de tip cleşte între unghia degetului mare şi cea a arătătorului; fixarea bidigitală implică plasarea obiectului între pulpa degetului mare şi cea a arătătorului; apucarea tenaro-digitală se realizează prin aşezarea obiectului între eminenţa tenară şi celelalte degete; prinderea gen menghină presupune apucarea obiectului cu policele şi alte două degete reunite; prinderea jucăriei în palmă, între police şi celelalte degete; fixarea cu pumnul implică prinderea unui obiect alungit cu toată palma şi cu degetele flectate; apăsarea obiectului cu un deget (gest efectuat la calculator); extensia şi flexia degetelor (C. Păunescu, I. Mu;u, 1990, p. 191).

Echilibrul static şi dinamic

Simţul echilibrului este complex şi permite aprecierea poziţiei segmentelor corporale şi a poziţiei corpului în spaţiu. Echilibrul se dezvoltă major în primul an de viaţă şi se perfecţionează ulterior.

Stimulii captaţi de receptorii vestibulari ajung la scoarţă după ce au provocat reflexe tonice şi de redresare. Există unii stimuli ce ajung direct la scoarţă, determinînd apariţia unei senzaţii de echilibru şi de mişcare a corpului.

M. Epuran (1976, p. 127) distinge trei categorii de senzaţii, reprezentate de: *senzaţia de verticalitate*, ce oferă informaţii legate de poziţia segmentelor corporale, în raport cu verticala; *senzaţia de mişcare rectilinie*, care apare la începutul şi la sfîrşitul unei acţiuni; *senzaţia de rotaţie*, care apare tot la începutul şi sfîrşitul unei mişcări sau în condiţiile unei execuţii cu viteze diferite.

Echilibrul static şi controlul postural. Postura unei persoane este un element de individualizare, existînd un tipar propriu. Acest tipar este determinat de dimensiunile corporale, de dezvoltarea sistemului osteo-articular. Totuşi postura corporală este influenţată în primul rînd de organizarea şi maturizarea sistemului nervos. Menţinerea

echilibrului static şi asigurarea controlului postural se realizează cu ajutorul unui sistem complex de reflexe şi reacţii.

Echilibrul static se obţine prin contracţia grupelor musculare ale trunchiului, influenţată de poziţia capului, şi implică o intervenţie coordonată a sistemului vestibular, a sensibilităţii proprioceptive, a sistemului extrapiramidal şi a analizatorului vizual. Sistemul vestibular culege informaţii referitoare la poziţia corpului pe care sensibilitatea profundă le transmite către scoarţă. În acelaşi timp, sistemul extrapiramidal controlează contracţia musculară, iar analizatorul vizual percepe schimbările poziţiilor segmentelor corporale (Gh. Pendefunda, 1992, p. 30).

Echilibrul static şi controlul postural se dezvoltă treptat, pe măsură ce sistemul nervos se mielinizează şi perfecţionează. La scurt timp după naştere, copilul are o atitudine înghemuită, asemănătoare cu cea din timpul sarcinii. În această etapă, el prezintă flexia membrelor superioare şi inferioare. Această poziţie se menţine pînă la 2 luni, cînd apare evoluţia către poziţia intermediară, în semiflexie şi semiextensie. Abia după vîrsta de 3 ani apare poziţia definitivă în extensie.

În primul an de viaţă, evoluţia controlului postural parcurge patru etape: iniţial, mişcările corpului sînt involuntare, de scurtă durată, spontane, globale, avînd un aspect vermicular; maturizarea sistemului nervos şi dezvoltarea motricităţii se realizează în sens cefalo-caudal, astfel că în etapa următoare apare controlul posturii şi mişcării capului, sugarul cîştigînd treptat controlul asupra poziţiei capului (se perfecţionează pînă la 5-6 luni); în etapa următoare se dezvoltă curbura dorsală şi se perfecţionează controlul posturii şi motricităţii trunchiului; achiziţia acestei poziţii durează 2-3 luni, dar este esenţială deoarece facilitează utilizarea membrelor superioare pentru explorare; în jurul vîrstei de 8-9 luni, copilul reuşeşte să-şi susţină greutatea corporală, contactul cu solul realizîndu-se pe toata talpa.

Echilibrul static se perfecţionează pe măsură ce curbura lombară se dezvoltă. Iniţial, copilul stă cu corpul înclinat în faţă şi cu picioarele depărtate. În jurul vîrstei de un an, el reuşeşte să-şi controleze echilibrul şi să-şi coordoneze mişcările, astfel că apare mersul (P. Meilă, 1988, p. 267).

În momentul în care copilul capătă poziţia verticală, este necesară reconsiderarea întregului corp şi a relaţiilor acestuia cu spaţiul. Astfel: se modifică imaginea spaţiului înconjurător prin creşterea înălţimii de la care sînt privite obiectele; se schimbă poziţia spatelui; la nivelul segmentelor plantare, apar variaţii de presiune; se stabileşte un nou centru de greutate ce trebuie plasat în interiorul poligonului de susţinere (J. Epstein, 1982, p. 85).

Noţiunea de poligon de susţinere este dată de echilibrul pe cele două plante. În echilibrul static, la un adult, tălpile sînt depărtate la 12 cm una de alta. Este lungimea unui pas de 6 cm la dreapta şi 6 cm la stînga. Baza de susţinere are forma unui patrulater ce apare prin unirea cu linii a călcîielor, a marginilor exterioare ale plantelor şi degetelor (R. Ducroquet, 1965, p. 80).

La copii, situaţia poligonului de susţinere este puţin diferită. Pînă la 2-3 ani, aceştia îşi menţin echilibrul folosind o bază mare de susţinere. De asemenea, pînă la 2-3 ani, picioarele sînt încovoiate, între genunchi existînd o distanţă de pîna la 5 cm (L. Whaley, 1987, p. 277).

Centrul de gravitate este modificat permanent prin mişcări inconştiente ale corpului, ce apar în plan sagital, frontal şi orizontal. În plan sagital apar unele oscilaţii

anterioare, de mai mare amplitudine, şi posterioare, de mică amplitudine. În plan frontal apar oscilaţii laterale, legate de trecerea greutăţii corporale de pe un picior pe celălalt. În plan orizontal apare virarea centrului de gravitate în jurul propriei axe (R. Ducroquet, 1965, p. 26).

Cu vîrsta, apare o anumită atitudine corporală, care nu este nici conştientă, nici voluntară. Ea are o bază complexă, fiind înregistrată la nivelul scoarţei, sub forma unei scheme de atitudini. Această schemă de atitudini cuprinde reprezentarea mentală pe care o are persoana asupra poziţiei segmentelor corporale şi a echilibrului general, ea reprezentînd un element de referinţă la care se raportează atitudinile corpului.

Atitudinea normală este o abstracţie. Totuşi, în plan lateral, ea semnifică simetria corporală. Această atitudine normală poate fi studiată din punct de vedere static, dinamic şi psihomotric. Din punct de vedere *static*, atitudinea normală corespunde situaţiei în care fiecare segment corporal are o poziţie apropiată de cea de echilibru mecanic, în care verticala centrului de gravitate cade în interiorul poligonului de susţinere. Este o condiţie valabilă pentru echilibrul general al corpului, deoarece echilibrele segmentare se pot realiza în mod diferit. Este totuşi un echilibru economic (solicită efort minim pentru menţinere), dar în acelaşi timp obositor (necesită supraveghere neurologică permanentă). Este, în acelaşi timp, un echilibru fragil şi care solicită o mare sensibilitate a receptorilor proprioceptivi (A. Lapierre, 1976, p. 426). Din punct de vedere *dinamic*, atitudinea normală este esenţială pentru asigurarea mersului şi a prehensiunii. Sub raport *psihomotric*, atitudinea normală scoate în evidenţă încrederea în sine a persoanei şi disponibilitatea ei de acţiune.

Echilibrul dinamic. Locomoţia reprezintă abilitatea de deplasare dintr-un loc în altul, cu păstrarea contactului cu solul.

În realizarea mersului, intervin calea piramidală, sistemul extrapiramidal, sistemul vestibular, sensibilitatea proprioceptivă şi sistemul muscular. Mielinizarea fasciculului piramidal este definitivată abia în jurul vîrstei de 2 ani. De asemenea, sistemul vestibulo-cerebelos al echilibrului şi al coordonării motorii se maturizează după vîrsta de 2 ani. Acest decalaj explică caracterele ataxice ale mersului copilului mic (L. Popoviciu, 1993, p. 11).

Primele încercări de mers sînt dificile, corpul copilului fiind într-o stare de contractură. Pe măsură ce echilibrul static se perfecţionează, copilul începe să se relaxeze. Părinţii trebuie să fie relaxaţi, dedramatizînd importanţa căderilor. Ei pot interveni, învăţînd copilul să cadă, prin imitaţie. Adultul îşi va lăsa corpul să cadă lent către sol, iar copilul îl va imita, reuşind să cadă relaxat şi fără a se lovi (J. Epstein, 1982, p. 83).

Într-o etapă ulterioară, copilul reuşeşte să-şi coordoneze mişcările, ajungînd la deplasarea independentă. Este un mers nesigur, cu trunchiul înclinat în faţă şi picioarele depărtate. Copilul calcă greoi, face paşi mici şi depărtează membrele superioare de corp, pentru echilibrare. Treptat, paşii se lungesc, iar baza de sprijin se reduce. La adult, tălpile sînt la 6 cm de linia de progresie, pe cînd la copil acestea sînt la 15-20 cm de această linie. Această bază largă de susţinere uşurează mersul prin coborîrea centrului de gravitate. În perioada preşcolară, picioarele sînt din ce în ce mai apropiate, totuşi mersul se realizează încă prin jocul articulaţiilor sagitale. În perioada

şcolară, mersul devine graţios şi balansat, folosindu-se mişcarea bazinului. La adolescent, mersul este influenţat de unele elemente constituţionale. Bazinul larg (caracteristic fetelor) necesită balansarea sau translaţia umerilor. Gambele scurte solicită folosirea pasului pelvin şi mişcarea compensatorie a umerilor. Gambele lungi permit păstrarea unei ţinute rigide a corpului.

Evaluarea mersului la copil se face în dinamică, urmărind unghiul paşilor. Acest unghi este format din axa tălpii şi linia de progresie. În mod normal, călcîiele sînt orientate către exterior, într-un unghi de cel puţin 30°, iar degetele către interior, într-un unghi de cel puţin 10° faţă de linia de progresie (L. Whaley, 1987, p. 277).

Treptat, mersul devine mai bine controlat, ajungînd apoi automat, cu o postură corporală corectă şi un balans minim.

Cele două membre inferioare pot fi considerate ca două coloane ce susţin trunchiul şi care sînt alternativ ridicate şi aşezate pe sol. În timpul mersului, segmentele corporale sînt plasate într-o poziţie de echilibru.

Iniţierea unui pas şi deplasarea corpului prin mers parcurg patru etape: în prima fază, membrele inferioare sînt în contact cu solul, depărtate şi plasate în planuri diferite, este etapa de *sprijin dublu, cu elan posterior*, în care membrul plasat posterior are rol propulsor, asigurînd înaintarea; urmează etapa de *oscilaţii*, în care greutatea corporală se sprijină pe membrul inferior, plasat anterior, în timp ce membrul inferior de propulsie se desprinde de pe sol şi este plasat anterior; în faza a treia, membrul inferior deplasat revine pe sol şi primeşte întreaga greutate corporală, este etapa de *sprijin dublu anterior de recepţie*, în care membrul inferior ce a fost deplasat are rolul de a echilibra înaintarea; în final se ajunge la etapa de *sprijin unilateral*, în care membrul inferior ce a amortizat mişcarea devine unicul sprijin al corpului (R. Ducroquet, 1965, p. 36).

În mod sintetic, cele patru etape ale mersului sînt reprezentate de elan, oscilaţie, recepţie şi sprijin unilateral.

Există numeroase controverse legate de factorii ereditari şi de mediu care influenţează dezvoltarea mersului. Unii autori acordă o atenţie deosebită elementului genetic. Astfel, copii negri din Africa au o evoluţie rapidă în ceea ce priveşte achiziţia poziţiei de aşezat, a echilibrului static şi a mersului. Dar această evoluţie rapidă nu apare la nivelul tuturor comportamentelor motorii. În acest context, alţi specialişti insistă asupra rolului educaţiei în achiziţia acestor abilităţi. Tot ei insistă asupra chestiunilor legate de maturizarea sistemului nervos sau de importanţa experienţei. Numeroase studii au fost realizate în orfelinate, colectivităţi în care un număr mare de copii (10-15) sînt îngrijiţi de una, maxim două persoane. Aceste persoane îi îngrijesc, dar nu au timp să se joace cu ei şi să-i pună în diverse poziţii stimulante. În acest context, evoluţia lor motrică a fost lentă, chiar dacă naşterea a fost fără probleme, iar examenul clinic a pus diagnosticul de sănătos. Din fericire, aceste retarduri au fost doar temporare, sugarii recuperînd uşor în condiţii de stimulare adecvată (D. Papalia, 1990, p. 183).

Coordonarea mişcărilor

T. Sbenghe (1987, p. 287) înţelege prin coordonare „combinarea activităţii unui număr de muşchi, în cadrul unei scheme de mişcare continuă, lină, executată în

condiţii normale". Pentru ca mişcarea să fie adaptată unui scop, ea trebuie să se desfăşoare armonic, atît în timp cît şi în spaţiu.

Mişcarea coordonată solicită asocierea factorilor motorii şi senzoriali. De la nivelul muşchilor pornesc excitaţii proprioceptive ce ajung la scoarţă pe calea sensibilităţii profunde, conştientă şi inconştientă. La nivelul analizatorului din scoarţă, informaţiile sînt procesate, declanşîndu-se producerea mişcării printr-un mecanism de reflex condiţionat. În afara acestor căi, intervin şi alţi factori, reprezentaţi de sistemul vestibular şi analizatorul vizual (Gh. Pendefunda 1992, p. 39).

Coordonarea mişcărilor se dezvoltă treptat, pe măsură ce copilul creşte, prin repetări permanente. Iniţial, copilul nu are capacitatea de a-şi doza efortul în funcţie de cerinţele reale de acţiune. La aceasta se adaugă osificarea incompletă a oaselor, ce nu asigură puncte de sprijin rigide pentru inserţiile musculare. În aceste condiţii, copilul execută mişcările cu tot corpul şi oboseşte repede (P. Meilă, 1988, p. 302).

Prin exerciţiu, mişcările devin progresiv precise şi automate. La adult se formează schemele de mişcare, memorate sub forma engramelor. În prima etapă, mişcarea este amplă, fiind antrenate şi grupe musculare ce nu sînt necesare execuţiei. Treptat, iradierea este limitată, fiind solicitate doar grupele musculare ce intervin direct în realizarea actului motric. Perfecţionarea se realizează prin repetări permanente şi învăţări din greşeli. Iniţial, se porneşte pe principiul încercării şi erorii ce permite corectarea greşelilor.

Pentru J. Epstein (1982, p. 39), coordonarea reprezintă asocierea mişcărilor membrelor superioare şi inferioare. Această asociere este esenţială pentru dezvoltarea calităţilor motrice reprezentate de forţă, viteză, rezistenţă şi îndemînare.

Dezvoltarea coordonării actelor motrice este influenţată de acţiunea a patru factori, reprezentaţi de: unele caracteristici structurale; factori dinamici; particularităţi psihice; factori generali.

În cadrul *caracteristicilor structurale* trebuie incluse particularitatea fizică a mişcării şi măsura în care gestul realizat corespunde scopului propus. *Factorii dinamici* sînt reprezentaţi de ritmul de execuţie a mişcării, flexibilitatea şi simetria acesteia. *Particularităţile psihice* includ posibilitatea de anticipaţie a unui gest (reprezentarea mentală), urmată de execuţia lui cu precizie. *Factorii generali* sînt reprezentaţi de majoritatea elementelor psihomotricităţii. În primul rînd este vorba de echilibrul static şi dinamic, ce face parte din conduitele motrice de bază. Urmează neuromotricitatea reprezentată de simţul kinestezic proprioceptiv şi structurile perceptiv-motrice, în care rolul de bază îl joacă orientarea spaţio-temporală (M. Ifrim, 1986, p. 485).

M. Epuran (1976, p. 193) consideră deprinderile motrice drept componente ale activităţii voluntare, care, prin exersare, ating un randament înalt pe baza perfecţionării indicilor execuţiei (coordonare, precizie, viteză, automatizare). Practic, deprinderile motrice sînt reflexe condiţionate complexe, ce se perfecţionează prin antrenament.

Uneori se creează confuzie între termenul de deprindere şi cel de pricepere motrică. Priceperea motrică este o etapă de finisare, în care persoana devine conştientă de capacităţile sale. În această etapă, persoana va fi aptă să folosească, în mod creativ, deprinderile motrice căpătate.

Un element de bază în ceea ce priveşte deprinderile motrice îl reprezintă stabilitatea lor Deprinderile motrice înnăscute (mers, alergare, cățărare) persistă toată viața. În condiții de nepracticare, apare doar o scădere a eficienței. Aceeaşi situație se întîlneşte şi în cazul unor deprinderi dobîndite, cum ar fi mersul pe bicicletă, înotul sau schiul. În condiții de nepracticare, se pierde coordonarea fină a mişcării, în timp ce structura de bază nu dispare. Pentru deprinderile motrice cu grad ridicat de tehnicitate (sportul de performanță), situația este diferită. În condiții de întrerupere a executării se pierde coordonarea, precizia şi finețea. Această pierdere poate fi utilă, permițînd restructurarea deprinderii la un nivel superior.

Conduitele neuromotrice

În cadrul acestor conduite, mişcarea este studiată în etapa de realizare, respectiv de la stimularea neuronului piramidal cortico-motor pînă la contracția musculară, ce determină deplasarea segmentelor corporale. În această grupă sînt incluse tonusul muscular şi senzațiile proprioceptive.

Tonusul muscular

Tonusul muscular poate fi definit drept starea de semicontracție în care se găseşte un muşchi în repaus (Gh. Pendefunda, 1992, p. 45).

La naştere, copilul prezintă hipotonie pe musculatura capului şi trunchiului şi hipertonie pe cea a membrelor. Această funcție se dezvoltă treptat, pe măsură ce sistemul nervos se maturizează. La sugar vom deosebi un tonus axial şi unul periferic, un tonus activ şi unul pasiv.

Tonusul axial evoluează progresiv în primul an de viață, urmînd un sens cefalo-caudal: creşterea tonusului axial la nivelul musculaturii gîtului, însoțită de formarea curburii cervicale, asigură controlul poziției capului şi libertatea de mişcare a acestuia, în raport cu trunchiul; treptat, apare creşterea tonusului axial la nivelul musculaturii dorsale şi abdominale, însoțită de dezvoltarea curburii dorsale a coloanei vertebrale, ceea ce conduce la achiziția poziției aşezat, ce se perfecționează pînă la 8-9 luni; în jurul vîrstei de 10-11 luni, se produce creşterea tonusului axial la nivel lombar, astfel că se dezvoltă echilibrul static.

Studiul tonusului axial se realizează cu ajutorul elementelor *tonusului activ*. Tonusul activ este apreciat prin flexia şi extensia capului, prin redresarea trunchiului şi a membrelor inferioare. Rezultatele obținute oferă informații legate de posibilitatea sistemului nervos de a reacționa la schimbarea poziției corpului în spațiu (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 43).

Tonusul periferic este reprezentat de starea tonică a membrelor superioare şi inferioare. La naştere există o hipertonie pe musculatura flexoare, însoțită de hipotonie pe cea extensoare. În aceste condiții, membrele superioare şi inferioare sînt în flexie, policele este strîns în palmă şi acoperit de degete, iar laba piciorului este în flexie dorsală. Treptat, hipertonia scade, astfel că membrele capătă o poziție intermediară de semiflexie şi semiextensie. La membrele superioare, scăderea este precoce, fiind lentă la nivelul membrelor inferioare (P. Meilă, 1988, p. 263).

Evaluarea tonusului periferic se realizează prin balotare şi extensibilitate musculară, care sînt elemente ale *tonusului pasiv*. Balotarea permite aprecierea ampli-

tudinii unei mişcări produse prin mobilizări pasive, executate rapid, iar extensibilitatea este apreciată prin mobilizări pasive, dar lente (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 43).

Evoluţia tonusului axial şi periferic se face către inversare, ceea ce duce în final la realizarea unui echilibru. Treptat, se vor defini trei tipuri de tonus muscular, reprezentate de tonusul de repaus, de postură şi de acţiune (P. Arcan, 1980, p. 109).

Tonusul de repaus poate fi definit drept starea de contracţie musculară uşoară, ce apare în condiţii de inactivitate. Această stare de tensiune apare în toate activităţile cinetice şi posturale, deşi ea se manifestă, în special, în repaus.

Tonusul de postură reprezintă contracţia musculară necesară pentru menţinerea poziţiei corpului în spaţiu. Din reglarea automată a tonusului de postură, rezultă atitudinea corporală, care este un element de bază al motricităţii. Atitudinea corporală se referă la poziţia diferitelor segmente corporale între ele şi la relaţia lor cu mediul înconjurător (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 111).

Tonusul de acţiune însoţeşte mişcarea voluntară, oferindu-i suportul necesar pentru progresia ei constantă şi dozarea adecvată. El depinde de pragul de excitabilitate reprezentat de cea mai mică intensitate a unei excitaţii, ce determină apariţia unei contracţii musculare.

Renvier (citat de A. Lapierre, 1976, p. 197) consideră că există două tipuri de muşchi. Unii sînt specializaţi în menţinerea echilibrului static, în timp ce alţii intervin în execuţia actelor motrice. Practic, apare doar o desfăşurare dominantă a unei funcţii, deoarece muşchii de susţinere participă activ la unele mişcări dinamice şi invers.

Muşchii predominant tonici (muşchii de susţinere) au un tonus crescut, au o culoare roşie închisă, sînt scurţi şi groşi. Aceşti muşchi prezintă o elasticitate şi o contractilitate scăzută, o cronaxie mare şi o rezistenţă crescută la oboseală. Ei sînt adaptaţi la contracţii lente, susţinute, de mică amplitudine şi de intensitate mare. În această categorie intră muşchii antigravitaţionali, reprezentaţi de cei ai gîtului, coloanei vertebrale şi abdomenului. Ei joacă un rol deosebit în menţinerea staţiunii bipede şi în realizarea atitudinii generale a corpului.

Muşchii predominant cinetici (muşchi de mişcare) au un tonus scăzut, o coloraţie palidă, s]nt lungi şi subţiri. Aceşti muşchi prezintă o elasticitate şi contractilitate remarcabilă, o cronaxie mică şi o rezistenţă scăzută la oboseală. Ei s]nt optim adaptaţi la mişcări dinamice, rapide, de amplitudine mare dar de intesitate mică şi durată scurtă. În această categorie intră muşchii membrelor superioare şi inferioare.

Tonusul este elementul psihomotor care se plasează la intersecţia dintre caracteristicile fizice şi psihice. El reprezintă structura de bază a atitudinilor ce sînt în relaţie directă cu acomodarea şi cu viaţa afectivă. Tonusul oferă specialiştilor informaţii preţioase legate de trăirile corporale ale unei persoane (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 111).

A fost studiată evoluţia tonusului muscular în relaţie cu condiţiile de viaţă ale copilului. După unii autori, actele motrice stau la baza dezvoltării mentale, iar trecerea de la un act la viaţa mentală parcurge patru stadii: impulsiv, emotiv, senzorio-motric şi proiectiv.

În *stadiul impulsiv* (de la naştere la 2-3 luni), gesturile copilului sînt simple descărcări reflexe. Este etapa participării mutuale, în care primele mişcări ale copilului trebuie înţelese drept semne ce necesită un răspuns din partea celor din jur.

Începînd de la 2-3 luni, copilul pășește în *stadiul emotiv*, caracterizat prin relația cu mediul de viață. În această etapă, activitatea tonică devine suportul pe care se vor clădi atitudinile, postura și mimica.

Treptat se instalează o adevărată relație în care copilul semnalează trebuințele sale prin reacții motorii, mimică sau sunete, iar mama reacționează prin gesturi, mimică sau manifestări emoționale. Aceste reacții implică existența unei comunicări posturale, ce oferă copilului informații în legătură cu situația în care se află față de mediul uman. Dezvoltarea comunicării posturale creează condițiile apariției *etapei senzorio-motrice*, în care copilul imită mișcările mamei. În acest fel, el ajunge la manipularea obiectelor și utilizarea lor într-un anumit scop (de a produce sunete). În această etapă se dezvoltă și se perfecționează coordonarea cîmpurilor senzorial și motor. Asocierea celor două cîmpuri permite mînuirea și explorarea obiectelor prezente în mediul înconjurător (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 59).

În final se ajunge la *stadiul proiectiv*, în care mișcarea este suportul reprezentărilor. Se poate vorbi despre expresiile posturale care au un caracter psihologic. Actele motrice se desfășoară în absența unui model și într-un spațiu subiectiv. În acest fel, actele motrice sînt introduse în realitatea exterioară, care este încă puțin accesibilă.

Senzațiile proprioceptive

Sensibilitatea profundă aduce informații de la nivelul mușchilor, tendoanelor, oaselor și articulațiilor. Sensibilitatea mio-artro-kinetică reprezintă, de fapt, simțul atitudinilor și al mișcării diferitelor segmente corporale (P. Meilă, 1988, p. 31). Simțul kinestezic informează scoarța despre: poziția părților corpului; mobilitatea segmentelor corporale; rezistența întîlnită la mișcare (M. Epuran, 1976, p. 130).

La o persoană sănătoasă, scoarța cerebrală primește informații legate de *poziția părților corpului*. Sensibilitatea mio-artro-kinetică permite recunoașterea poziției acestora, în situația în care persoana stă cu ochii închiși, iar mișcarea este condusă de un examinator. Prin intermediul simțului kinestezic, o persoană are un control permanent al poziției corpului. Acest control este esențial în situația desfășurării unor acte motrice complexe.

Mobilitatea segmentelor corporale crește cu vîrsta, fiind influențată de experiența motrică și de gradul de pregătire. Pe măsură ce copilul crește, el devine capabil să priceapă exact direcția, amplitudinea, rapiditatea și forța necesară executării actelor motrice.

Simțul kinestezic este important în cadrul mișcărilor statice, unde asigură adaptarea efortului la solicitări.

Rezistența întîlnită la mișcare reprezintă, de fapt, rezistența ce trebuie învinsă în timpul executării actelor motrice. Ea permite compararea a două greutăți și diferențierea tracțiunilor exercitate asupra segmentelor corporale.

Structuri și conduite perceptiv-motrice

Aceste structuri se dezvoltă și se perfecționează prin educație, fiind în strînsă corelație cu dezvoltarea inteligenței. Aspectele legate de dezvoltarea structurilor perceptiv-motrice sînt esențiale pentru specialistul care lucrează cu copiii ce prezintă un retard mental. La aceștia, evoluția structurilor perceptiv-motrice este lentă, tardivă

şi incompletă. Uneori, ei devin adulţi şi tot au probleme legate de percepţia corpului şi orientarea spaţio-temporală.

Schema corporală

Termenul de schemă corporală este ambiguu, situaţie amplificată de utilizarea mai multor termeni: imaginea corpului, schema posturală, reprezentarea propriului corp.

Schema corporală este imaginea pe care fiecare persoană o are despre propriul corp. Este o imagine complexă, ce permite aprecierea relaţiei existente între segmentele corporale şi a raporturilor corpului cu mediul înconjurător. În sfera acestei noţiuni, P. Arcan (1980, p. 59) introduce două elemente: imaginea de sine – reprezentarea mentală a propriului corp; perceperea de sine – cunoaşterea corpului în relaţie cu mediul înconjurător.

Unii autori pun semnul egal între schema corporală şi imaginea corporală. În neurologie, prin imagine corporală se înţelege procesul de integrare la nivel cerebral a unei achiziţii. Procesul de integrare implică identificarea, localizarea şi orientarea în spaţiu a diverselor segmente corporale. În acest caz este preferabilă utilizarea noţiunii de schemă corporală. Imaginea corporală se referă la modul de percepţie a propriului corp, fiind un concept utilizat de psihologi.

M. Bruchon-Schweitzer, (1990, p. 174) identifică două tipuri de percepţii ale propriului corp:

- primul tip se referă la caracteristicile fizice şi spaţiale ale corpului, fiind denumită imagine *spaţială*;
- al doilea tip include percepţiile, reprezentările şi afectele elaborate pornind de la propriul corp, reprezentînd imaginea *afectivă*.

În primul an de viaţă, copilul îşi face o imagine sumară a propriului corp. Această imagine se structurează pornind de la experienţele senzoriale, senzitive şi kinestezice pe care el le trăieşte. Datele senzoriale şi cele ale sensibilităţii proprioceptive sînt prelucrate la nivel cerebral, în aria schemei corporale (la nivelul homunculului motor). Acest ansamblu de informaţii ce ajunge la creier permite separarea propriului corp de mediul înconjurător.

Schema corporală este elementul de bază al dezvoltării psihice a copilului. Ea face legătura dintre senzaţii şi primele impresii legate de mediul înconjurător, ceea ce permite dezvoltarea activităţii psihice. Practic, schema corporală reprezintă corpul *real* al unei persoane, pe care se va structura imaginea *inconştientă* a corpului (de natură psihologică) (C. Allard, 1990, p. 7).

Structurarea schemei corporale se realizează doar în condiţiile unei integrităţi anatomice a sistemului muscular, osteoarticular şi nervos. Informaţiile interne şi externe sînt filtrate de schema corporală, care stă la baza exprimării necesităţilor corporale. Imaginea corporală este susţinută de schema corporală şi se împleteşte cu aceasta în momentul comunicării cu cei din jur. O persoană reacţionează practic în funcţie de necesităţile de moment, prin intermediul schemei corporale (C. Allard, 1990, p. 24).

Încă de la naştere, mama oferă copilului îngrijirile necesare legate de alimentaţie şi curăţenie. În timpul acestor îngrijiri şi al jocului, se stabileşte un contact

cutanat și de comunicare verbală între mamă și copil. În acest fel, mama joacă un rol esențial în construirea corpului propriului copil. Ea contribuie la formarea „eului", al cărui punct de plecare îl reprezintă corpul (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 21).

Pornind de la aceste aspecte, J. Epstein (1982, p. 7) împarte primii ani de viață în trei mari etape: inițial, este etapa lui *eu și turul proprietății*, ce durează de la naștere pînă la 9 luni; este momentul în care încep primele explorări ale corpului și ale mediului înconjurător; este etapa în care schema corporală se dezvoltă prin atingere, prin reflectarea imaginii în oglindă sau prin cotactul cu aerul, apa rece sau caldă. Urmează etapa *eu și alții*, ce durează de la 9 luni pînă la 2 ani; copilul se confruntă cu persoanele din anturaj, ceea ce-i permite să se descopere pe sine din punct de vedere motor, senzorial și mental; în această etapă continuă perfecționarea schemei corporale, prin intermediul experiențelor senzoriale și motrice. În final, se ajunge la etapa *eu împreună cu alții*, ce durează pînă la 3 ani; este un moment în care dezvoltarea schemei corporale a avansat, astfel că motricitatea devine doar suportul proceselor psihice și al relațiilor sociale.

Dezvoltarea „eului" corporal este complexă și pornește de la următoarele elemente de bază: o schemă corporală bine elaborată și imprimată la nivelul sistemului nervos; reprezentarea psihică a corpului, ce stă la baza elaborării strategiilor de acțiune; experiența afectivă a persoanei.

Formarea „eului" corporal este foarte importantă pentru copil, care devine subiect al propriilor gesturi, identificîndu-se pe sine la persoana întîi – „eu". Gesturile efectuate de copil permit organizarea psihicului, pentru ca, ulterior, psihicul să organizeze gestul (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 21).

Construcția schemei corporale este influențată de dezvoltarea imaginii în oglindă, a limbajului și a elementului temporal. Imaginea în oglindă se dezvoltă începînd de la vîrsta de 6 luni. Această imagine este precisă, ceea ce permite confruntarea cu propria identitate.

Limbajul stă la baza fixării experiențelor motrice, sub forma unui sistem intern de reprezentări.

Elementul temporal este important, deoarece conștiința corpului este legată de noțiunea de prezent (M. Dugas, 1983, p. 18).

După A. De Meur (1988, p. 51), dezvoltarea schemei corporale parcurge patru etape.

Descoperirea propriului corp sau trăirea corporalității se structurează începînd de la vîrsta de doi ani; trăirea corporalității se referă la libertatea de mișcare a copilului și la capacitatea acestuia de a se simți bine în propria piele; în această etapă este importantă mișcarea liberă și amplă a segmentelor corporale, fiind mai puțin semnificativă cunoașterea denumirii lor.

Treptat, copilul trece în *etapa de cunoaștere a părților corpului*; această cunoaștere segmentară apare după ce copilul ia cunoștință global de propriul corp; în această etapă, copilul învață diferitele părți ale corpului de o manieră internă (simțind fiecare segment corporal) și externă (văzînd segmentele corporale în oglindă, jucîndu-se cu mîinile și picioarele); progresiv, el ajunge să jongleze cu anumite noțiuni corporale, reușind să deseneze un personaj sau să construiască o păpușă din bucăți; este o etapă ce începe de la 2 ani și jumătate-3 ani și atinge apogeul în jurul vîrstei de 4 ani.

Orientarea spațio-corporală apare după vîrsta de 4 ani, cînd copilul își perfecționează simțurile și cunoaște toate pozițiile pe care le poate lua fiecare parte a corpului; această orientare spațio-corporală este din ce în ce mai complexă, astfel că preșcolarul poate asocia diferitele segmente corporale cu obiectele de îmbrăcăminte adecvate (asocierea piciorului cu gheata sau a capului cu căciulița); este o etapă ce durează pînă în jurul vîrstei de 5 ani (A. De Meur, 1988, p. 10).

În final, copilul ajunge în etapa de *organizare spațio-corporală*; în acest moment, el poate executa un gest complex sau un grup de gesturi ce solicită percepția corporală, memoria și coordonarea; gesturile sînt executate cu mare precizie și cu dozarea efortului solicitat de execuție; tot în această etapă, legătura dintre schema corporală și psihic este pe deplin realizată, astfel că preșcolarul mare își poate exprima sentimentele prin reacții corporale.

Cunoașterea schemei corporale permite structurarea spațiului și a timpului. Copilul va raporta datele vizuale privind plasarea obiectelor în spațiu la propria schemă corporală. În funcție de aceasta, obiectele sînt situate în față, în spate, sus sau jos (S. Mănescu, 1986, p. 216).

Organizarea relațiilor spațiale apare doar după structurarea eului corporal. De asemenea, noțiunea de timp se naște din mișcare, din modificarea lentă sau rapidă a relațiilor spațiale.

Lateralitatea

Omul înfruntă mediul înconjurător cu latura, și nu frontal. Apare, practic, o asimetrie funcțională (lateralitate), în strînsă legătură cu funcția dominantă a unui emisfer cerebral (S. Mănescu, 1986, p. 211).

Corpul uman prezintă o asimetrie morfologică și una funcțională. Asimetria morfologică se referă la distribuția organelor interne, care este diferită la nivelul hemicorpului drept și stîng. Asimetria funcțională (lateralitatea) implică folosirea cu precădere a unui anumit ochi, membru superior și membru inferior.

Asimetria funcțională este un fenomen înnăscut, fapt demonstrat de existența unei corelații părinți-copii, în ceea ce privește abilitățile motrice ale membrelor, în special ale membrelor superioare. Au fost emise numeroase ipoteze ce încearcă să explice această asimetrie funcțională. Unii autori insistă pe rolul major al eredității, dar mecanismul intim de transmitere este încă necunoscut. Există și specialiști ce insistă pe aspectul psihologic, care implică un mecanism de apărare împotriva anxietății.

Majoritatea autorilor explică lateralitatea prin dominanta cerebrală. Ipoteza a fost confirmată de studiile realizate pe persoane ce au suferit accidente cerebrale. Afectarea emisferului stîng este însoțită de hemiplegie dreaptă și afazie. Totuși, în evoluția lateralității, un rol important revine factorului ereditar, la care se adaugă cel cultural. Astfel, asimetria funcțională are o intensitate diferită, în funcție de activitatea depusă de o anumită persoană. Ea este mai puțin evidentă la persoanele din mediul rural, ce depun munci fizice care solicită ambele membre superioare și mai puternică la cele din urban, ce lucrează într-un birou. Practic, lateralitatea introduce o anumită specializare a segmentelor corporale (M. Ifrim, 1986, p. 484).

Dominanta cerebrală este un proces ce se realizează treptat, pînă la 6-7 ani. Copilul mic foloseşte ambele mîini în activitatea de manevrare a obiectelor. Pînă la vîrsta de 3-4 ani, apar fluctuaţii ale lateralităţii. Astfel, între 2 şi 3 ani manevrarea obiectelor se realizează în special cu mîna dreaptă, iar între 3 şi 4 ani cu mîna stîngă. În jurul vîrstei de 4-5 ani, apare o oarecare stabilizare a lateralităţii. În acest moment, peste 50% din copii sînt dreptaci, aproape 10% sînt stîngaci şi 40% prezintă ambidextrie. Lateralitatea devine stabilă în jurul vîrstei de 6-7 ani, cînd copilul învaţă să scrie (P. Bizouard, 1995, p. 110). După această vîrstă, copilul prezintă o rezistenţă evidentă faţă de orice schimbare, chiar dacă aceasta este posibilă pînă la pubertate.

Au fost realizate trei clasificări ale lateralităţii, pornind de la natura, intensitatea şi omogenitatea sa.

În funcţie de *natură,* lateralitatea poate fi normală sau patologică. Lateralitatea normală depinde de localizarea comenzii cerebrale (în emisferul drept sau stîng), în timp ce lateralitatea patologică se manifestă în situaţia lezării emisferului responsabil (C. Păunescu, I. Mu;u, 1990).

Intensitatea se manifestă sub forma unei lateralităţi puternic sau slab conturate. În condiţii de lateralitate puternică, persoana foloseşte predominant un ochi, membru superior sau inferior. Persoanele ce folosesc în egală măsură ambele părţi ale corpului prezintă o lateralitate slab conturată.

După *omogenitate*, lateralitatea poate fi omogenă, neomogenă şi contrariată. Omogenitatea apare în situaţia în care tînărul este stîngaci sau dreptaci pentru ochi, mînă şi picior. Neomogenitatea se manifestă în situaţia în care lateralitatea este diferită pentru diverse segmente corporale (de exemplu, dreaptă pentru mînă şi ochi, stîngă pentru picior). În situaţia în care copilul este forţat să scrie cu mîna dreaptă, cînd el este stîngaci, apare contrarierea.

M. Dugas (1983, p. 17) a realizat un program complex de examinare a psihomotricităţii, în care include trei tipuri de lateralitate: *de utilizare*, ce cuprinde activităţile curente realizate cu diverse obiecte şi instrumente; cea a *gesturilor spontane*, reprezentate de strîngerea mîinii sau încrucişarea braţelor şi picioarelor; *cea tonică*, ce poate fi apreciată pornind de la mişcările de extensie şi balans.

Toate probele se execută cu partea dreaptă şi stîngă a corpului. Aprecierea lateralităţii se face pornind de la uşurinţa, rapiditatea, eficienţa şi precizia cu care se execută un anumit gest. Examinarea va fi completată cu probe grafice de desen şi scris, la care se urmăreşte calitatea liniilor trasate, uşurinţa şi rapiditatea execuţiei.

Lateralitatea este frecvent confundată cu noţiunea de dominantă laterală şi cu cea de preferinţă manuală. Dominanta laterală indică folosirea cu predilecţie a unui anumit membru sau ochi în activităţile ce trebuie realizate cu precizie. Preferinţa manuală indică mîna folosită de copil în momentul desfăşurării unor activităţi ce necesită fineţe şi exactitate în execuţie.

Totodată, lateralitatea nu trebuie confundată cu cunoaşterea noţiunilor de dreapta şi stînga. Lateralitatea reprezintă dominanta unei părţi a corpului, aspect ce se manifestă în timpul executării unor gesturi ce impun fidelitate. Cunoaşterea noţiunilor dreapta-stînga implică percepţia axei propriului corp. Această cunoaştere se realizează prin mişcare, întrucît copilul se joacă, în special, cu o mînă, scrie şi desenează cu ea, învăţînd treptat că este vorba de propria mînă dreaptă sau stîngă (A. De Meur, 1988, p. 13).

Cunoaşterea noţiunii de dreapta şi stînga este strîns legată de lateralitate, dar şi de structura spaţială. Această cunoaştere se perfecţionează progresiv, devenind *stabilă* în jurul vîrstei de 5 ani. În etapa următoare apare *reversibilitatea*, moment în care copilul indică mîna dreaptă sau stîngă a altui copil plasat în faţa sa (vîrsta de 6 ani). În final se ajunge la capacitatea de *încrucişare* a datelor, cînd copilul arată pe propriul corp piciorul drept cu mîna stîngă.

Cunoaşterea acestor noţiuni este elementul de bază în realizarea unei reprezentări corecte a corpului în spaţiu. Într-o primă etapă, obiectele sînt orientate în raport cu propriul corp („scaunul este la stînga mea"). Ulterior, corpul va fi orientat în relaţie cu obiectul („eu stau în dreapta scaunului") (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 87).

Unii autori consideră că lateralitatea este plasată la intersecţia dintre corpul real (cel anatomic şi funcţional) şi corpul imaginar (cel psihic), jucînd un rol important în dezvoltarea personalităţii copilului.

Lateralitatea are o importanţă majoră în timpul perioadei şcolare, influenţînd direct activitatea de scris, orientată de la stînga la dreapta. Practic, orientarea spaţială a textului este adaptată pentru dreptaci. În acest context, elevii stîngaci trebuie să prelucreze suplimentar informaţiile şi să le transpună la propriul plan spaţial şi motric. Această prelucrare suplimentară implică un anumit timp de latenţă, motiv pentru care unii elevi stîngaci par lenţi.

În trecut, se insista pe scrisul cu mîna dreaptă, chiar dacă realizarea acestui gest presupunea un efort deosebit. În prezent, atitudinea în faţa acestei probleme a suferit schimbări. În alegerea unei atitudini potrivite trebuie să ţinem cont de vîrsta copilului, de motricitatea sa şi de dorinţa copilului şi uneori a familiei.

Cel mai important factor este reprezentat de *vîrstă*, deoarece în primii ani de viaţă lateralitatea suferă numeroase modificări. Preşcolarul stîngaci poate fi uşor învăţat să deseneze cu mîna dreaptă. Copiii cu o *dezvoltare motorie deosebită* ajung cu uşurinţă la ambidextrie.

Al treilea factor este reprezentat de *dorinţa copilului*, orientată către desfăşurarea activităţii cu mîna dreaptă. Frecvent, familia este preocupată de acest aspect, desfăşurînd o adevărată „bătălie" care este foarte stresantă pentru copil.

Studiile realizate de M. Auzias (1975, p. 163) permit identificarea unei lateralităţi uzuale şi a uneia grafice. Între cele două tipuri de lateralitate există o concordanţă aproape perfectă. Face excepţie situaţia în care copilul este stîngaci, dar este forţat să scrie cu mîna dreaptă (lateralitate contrariată).

În acest context, probele de lateralitate uzuală au valoare predictivă pentru:

- etapa prezentă, în care copilul cu lateralitate uzuală stîngă desenează cu mîna stîngă şi are o probabilitate crescută de a scrie cu mîna stîngă;
- etapa viitoare, în care se întrezăresc şanse crescute de a scrie cu mîna stîngă, dacă nu intervin unele presiuni exterioare.

Frecvent, stîngacii suferă numeroase influenţe, astfel că ajung să desfăşoare unele activităţi cu mîna dreaptă.

Părinţii exercită *o acţiune directă* asupra copiilor, prin impunerea efectuării gesturilor cu mîna dreaptă. La aceasta se adaugă şi presiunea mediului social, care acţionează în mod *indirect*. Toate ustensilele sînt construite pentru a putea fi uşor

folosite de persoanele dreptace, astfel încît cele stîngace trebuie să-și schimbe mîna cu care execută un gest.

Un alt element esențial este reprezentat de *finețea gestului* ce trebuie realizat. Chiar dacă scriu cu dreapta, ei execută cu stînga activități ce solicită finețe și precizie.

În cadrul activităților zilnice se execută gesturi dirijate către *propria persoană* și către *obiecte*. Aceste gesturi sînt frecvent executate cu mîna dominantă ce asigură o execuție precisă.

Prin educație, aceste persoane devin capabile să folosească ambele membre superioare în egală măsură, dezvoltîndu-se astfel ambidextria. În prezent, specialiștii sînt orientați către stimularea ambidextriei prin educație. Mai tîrziu, în activitatea profesională, aceste persoane vor desfășura cu ușurință acțiuni ce solicită o execuție bimanuală precisă.

Un copil prezintă *ambidextrie grafică* în situația în care: forma literelor scrise cu mîna stîngă este asemănătoare cu cea a literelor scrise cu dreapta; calitatea punctelor înscrise la testul *tapping* diferă foarte puțin; viteza de execuție a testului *tapping* este asemănătoare la cele două mîini; elementele motricității grafice sînt comparabile: modul de apucare a creionului, mișcarea degetelor, poziția mîinii, sprijinul acesteia; scrisul realizat cînd cu o mînă, cînd cu cealaltă, schimbarea efectuîndu-se în mod spontan; o mînă este folosită pentru scris și cealaltă pentru desen. Primele trei elemente sînt esențiale pentru diagnosticul unui copil cu ambidextrie grafică.

Încă din primii ani de viață, părinții trebuie să lucreze cu copilul pentru dezvoltarea ambidextriei sau a unei dominante laterale omogene și puternice. Pornind de la aceste elemente, deosebim trei etape de dezvoltare a lateralității caracteristice copilului preșcolar:

- *descoperirea părții dominante* a corpului se realizează începînd de la 4 ani, cu ajutorul jocurilor ce impun execuții simetrice;
- după 5 ani, copilul începe să-și *organizeze gesturile* în funcție de propria lateralitate; mîna dominantă execută o acțiune, pe cînd cealaltă mînă ajută;
- în final, se ajunge la *recunoașterea părții drepte și stîngi* a propriului corp și a persoanelor din față (6-7 ani) (A. De Meur, 1988, p. 45).

Organizarea spațio-temporală

Spațiul și timpul sînt noțiuni abstracte, ce se construiesc pornind de la percepția corporală. Practic, ele nu există atîta timp cît nu există un individ care să le conceapă mental și un corp care să le perceapă. Formarea acestei structuri se realizează pornind de la experiențele trăite de copil. Din păcate, la copilul cu retard mental percepția mediată de acțiune și reprezentare mentală sînt slab dezvoltate. În aceste condiții, el are numeroase probleme legate de orientarea spațială și temporală.

Organizarea spațială. După J.M. Tasset (citat de A. De Meur, 1988, p. 13), spațiul implică structurarea mediului înconjurător, realizată prin raportarea la propria persoană sau la unele obiecte. Organizarea spațiului este strîns legată de cunoașterea schemei corporale și a noțiunii de dreapta-stînga. Cea mai importantă este cunoașterea schemei corporale, ce se realizează pornind de la senzațiile corporale de la suprafață și din interior. Receptori kinestezici oferă informații legate de poziția segmentelor

corporale în spaţiu, ceea ce conduce la dezvoltarea *spaţiul intern* al corpului ce trebuie înţeles în mod anatomic şi neurofiziologic. Acest spaţiu este esenţial, deoarece stă la baza dezvoltării personalităţii copilului şi a delimitării eului corporal (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 113).

După percepţia propriului corp, apare posibilitatea cunoaşterii *spaţiului extern*, prin care se identifică relaţia cu mediul înconjurător şi cu persoanele din anturaj. În aceste sens, trebuie să insistăm asupra distanţelor relaţionale ce apar între persoane.

E. Hall (citat de U. Şchiopu, 1997, p. 29) identifică patru tipuri de distanţe psihice, reprezentate de distanţa intimă, personală, oficială şi publică. Aceste distanţe sînt importante în actul terapeutic, deoarece influenţează relaţia pacient-terapeut, de aceea vom insista asupra lor. Distanţa *intimă* este cea a dragostei, dar şi a urii, fiind practic distanţa în care trăirile psihice sînt puternice. Distanţa *personală* cuprinde colegii şi prietenii, ea indicînd gradul de implicare a persoanei în viaţa grupului social din care face parte. Distanţa *oficială* implică ierarhiile sociale şi comportamentele solicitate de acestea. Distanţa *publică* apare între actor şi spectator. Toate aceste distanţe permit dezvoltarea socializării unei persoane, ele fiind importante la persoanele cu retard mental, ce pot avea probleme din acest punct de vedere. Dezvoltarea conceptului de spaţiu este strîns legată de funcţia vizuală. Perspectiva şi profunzimea cîmpului nu există în realitate, ele apărînd doar prin convergenţă vizuală, fenomen ce stimulează dezvoltarea percepţiei binoculare (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 19).

Practic, dezvoltarea conceptului de spaţiu porneşte de la coordonarea oculomotorie, ce permite cucerirea unui nou univers, reprezentat de *spaţiul vizual*. După un an, se dezvoltă echilibrul dinamic, astfel că apare explorarea, însoţită de lărgirea cîmpului de investigaţie, ceea ce determină dezvoltarea *spaţiul locomotor*. Treptat, copilul îşi controlează din ce în ce mai bine mişcările, devenind capabil să-şi folosească corpul pentru explorarea mediului înconjurător. Această explorare se realizează prin intermediul jocului şi a jucăriilor, ceea ce permite construirea conceptului de permanenţă a obiectelor (J.P. Deschamps, 1981, p. 46).

În perioada preşcolară se realizează progrese remarcabile în ceea ce priveşte înţelegerea relaţiilor spaţiale. În acest sens, copilul parcurge trei momente:
– iniţial, el se plasează în funcţie de un obiect (se aşază pe un scaun);
– treptat, reuşeşte să realizeze aranjarea obiectelor în spaţiu (scaunul este lîngă masă);
– în final, ajunge la organizarea spaţiului pe care îl are la dispoziţie (într-un desen, el plasează corect în spaţiu elementele componente) (A. De Meur, 1988, p. 13).

În timpul activităţii, este important să studiem mişcarea corpului în spaţiu. Pornind de la acest aspect, R. Manno (1992, p. 141) deosebeşte două tipuri de orientare spaţială: în funcţie de obiectele aflate în mişcare, situaţii în care corpul este relativ static; în relaţie cu anumite puncte de reper fixe sau mobile. În situaţia orientării faţă de un obiect aflat în mişcare, este importantă informaţia vizuală, ce permite stabilirea unei anumite viteze de deplasare. În raportarea la punctele de reper, informaţia optică este strîns legată de cea vestibulară şi kinestezică.

Structura spaţială este strîns legată de schema corporală, de coordonarea oculo-motorie, de echilibrul static şi dinamic. Această structură este un element integrant al vieţii de zi cu zi, astfel că nu este corectă prezentarea ei separată.

Claritatea expunerii ne determină să prezentăm separat fiecare aspect al structurilor perceptiv-motrice, aflate, în realitate, în strînsă interdependenţă.

Structura spaţială se formează pînă la vîrsta de 8 ani, proces ce se realizează în patru mari etape: începînd de la vîrsta de doi ani, copilul *cunoaşte noţiunile spaţiale*, reuşind să se deplaseze liber în spaţiul familiar; pînă la 4 ani, el devine capabil să se situeze corect în spaţiu, să ordoneze obiectele după mărime şi să jongleze cu anumite noţiuni (în faţă/în spate, sus/jos, mare/mic).

Etapa următoare este reprezentată de *orientarea spaţială*, ce durează de la 4 ani pînă la 5 ani, 5 ani şi şase luni; copilul cunoaşte deja termenii spaţiali şi reuşeşte să orienteze obiectele în funcţie de un anumit criteriu (în faţă, în jos); tot în acest moment, se dezvoltă şi noţiunea de stînga-dreapta, ceea ce facilitează cunoaşterea relaţiilor spaţiale; dezvoltarea memoriei spaţiale uşurează orientarea copilului în spaţiu, astfel că el poate urma un traseu, orientîndu-se chiar în situaţia schimbării reperelor (A. De Meur, 1988, p. 97).

După vîrsta de 5 ani, copilul trece la etapa dinamică de *organizare spaţială*, în care orientările sînt combinate; copilul îşi va organiza spaţiul de viaţă şi mai ales cel de joc, în funcţie de dorinţele proprii; în acest moment, el respectă cu rigurozitate un anumit traseu impus, ocupă în timpul jocului exact spaţiul care îi este destinat şi reuşeşte să traseze linii oblice.

În final, el ajunge la *înţelegerea* complexă a relaţiilor spaţiale; este o etapă ce durează pînă la 8 ani şi în care se dezvoltă noţiunile de simetrie, opoziţie, inversare, transpoziţie, esenţiale pentru învăţarea scrisului.

Practic, pe structura spaţială se bazează: cunoaşterea relaţiei dintre corp şi mediul înconjurător; perceperea situaţiei ce există între diferite obiecte; organizarea obiectelor în spaţiu şi a propriei persoane în funcţie de acestea.

Orientarea temporală. După A. De Meur (1988, p. 15), structura temporală reprezintă posibilitatea unei persoane de a acţiona în funcţie de succesiunea unor evenimente, de durata acestora, de reluarea ciclică a unor perioade şi de ireversibilitatea lor. Pornind de la succesiunea evenimentelor, copilul se familiarizează cu noţiunile de înainte, în timpul şi după. În funcţie de durata unor intervale, el percepe şi deosebeşte perioadele lungi de cele scurte, ritmurile regulate de cele neregulate şi cadenţele rapide de cele lente.

Ideea de reluare ciclică a unui interval presupune cunoaşterea noţiunilor de zi, săptămînă, lună şi an. Conceptul de ireversibilitate este strîns legat de cel de îmbătrînire (ai 4 ani, dar peste cîteva zile vei împlini 5 ani).

Timpul, ca şi spaţiul sînt elemente strîns legate de corp, care le percepe, şi de psihic, care le gîndeşte. Măsurarea timpului nu este un element înnăscut, ci depinde de dezvoltarea proceselor cognitive, de reprezentarea de sine şi de dezvoltarea imaginaţiei. Această noţiune este strîns legată de cea a spaţiului intern (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 18).

Este vorba de spaţiul anatomic şi neurofiziologic al corpului, în care se pot diferenţia diverse ritmuri corporale, legate sau nu de voinţă: ritmul cardiac, respirator, al alimentaţiei, al menstruaţiei, ciclul veghe-somn. Ritmul cardiac sau cel al menstruaţiei sînt independente de voinţa persoanei, în timp ce ritmul respirator, al

alimentației sau al ciclului veghe-somn pot fi modificate după dorință. Ritmul corporal ce stă la baza dezvoltării conceptului de timp este perceput încă din viața intrauterină, pornind de la ritmul cardiac matern.

Noțiunea de timp este abstractă, fiind învățată cu destulă dificultate. Încă de la vîrste mici, copilul trăiește în timp identificînd un joc ce durează prea puțin și o perioadă de odihnă ce este prea lungă. Preșcolarul mic povestește ceva, fără a respecta o anumită ordine cronologică. După 4-5 ani, el se poate plasa pornind de la o anumită ordine (înainte-după), astfel că povestea capătă treptat logică.

Structurarea timpului se realizează pornind de la percepție, prin interacțiunea analizatorului vizual, auditiv, kinestezic și cu ajutorul gîndirii (M. Epuran, 1976, p. 135).

La preșcolar, dezvoltarea acestei percepții se realizează în două etape reprezentate de definirea timpului și de orientarea verbală în timp. Inițial, copilul mic învață *să definească timpul*, pornind de la activitatea de joc. După vîrsta de 5 ani, se dezvoltă *orientarea verbală* în timp, astfel că el folosește și înțelege sensul noțiunilor legate de timp (acum, înainte, după). Percepția timpului permite organizarea unei acțiuni și aprecierea duratei acesteia. Activitatea este organizată eficient doar după învățarea noțiunilor de durată și viteză.

Au fost identificate două tipuri de timp: cel subiectiv, creat de impresia fiecărei persoane în parte; cel obiectiv, măsurat cu ajutorul ceasului și care nu suferă modificări.

La copil, dezvoltarea noțiunii obiective de timp se realizează cu ajutorul unor puncte de referință. Programul unei zile și al unei săptămîni are anumite repere ce sînt respectate cu rigurozitate (A. De Meur, 1988, p. 15).

Structurarea orientării temporale are patru etape și începe de la vîrsta de 4 ani.

Inițial, copilul înțelege unele elemente temporale, astfel că el reușește să regăsească o suită logică și să rețină în ce ordine trebuie executate anumite gesturi; este etapa de *ordine și succesiune* ce apare începînd de la vîrsta de 4 ani.

Treptat, copilul percepe *durata intervalelor*, reușind să deosebească activitățile ce durează puțin de cele care durează mai mult timp; tot în acest moment el înțelege noțiunea de timp și scurgerea timpului, făcînd diferența între 5 minute, o oră și o zi; este o etapă ce se perfecționează după vîrsta de 4 ani.

În etapa a treia, copilul *înțelege fenomenul revenirii ciclice* al unor perioade; vorbind de dimineață și seară, un copil de 4 ani poate asocia anumite activități și gesturi; el cunoaște ordinea anotimpurilor și asociază fiecare perioadă cu activitățile specifice de joc (iarna se dă cu săniuța, vara merge la mare); de asemenea, el reușește să prezinte în ordine numele zilelor săptămînii, asociindu-le cu anumite activități specifice (luni merg la grădiniță, marți am ore de balet).

În final, se dezvoltă *ritmul*, care cuprinde noțiunile de ordine, succesiune, durată și alternanță; începînd de la 4-5 ani, copilul percepe ritmul impus de o anumită activitate, ca și pe cel al scrisului (A. De Meur, 1988, p. 181).

Timpul este imaterial, dar poate fi exprimat prin sunet. Sunetul accentuat la intervale regulate se transformă în tempo, iar cel care se repetă la intervale neregulate devine ritm (A. Lapierre, p. 1976, p. 432). *Tempoul* poate fi definit drept cantitatea de cicluri ce se repetă în unitatea de timp. Într-un joc putem vorbi de un tempo lent atunci cînd acțiunile au o densitate redusă pe unitatea de timp. *Ritmul* este o formă specifică

de organizare a timpului ce se caracterizează prin periodicitate şi structură. Perceperea ritmului presupune sesizarea alternării în timp a unor stimuli. Alternarea lor este regulată şi se însoţeşte de evidenţierea unora prin accentuări. Intervalele de timp ce caracterizează ritmul sînt egale, dar acţiunile se pot succede chiar neregulat. Practic, ritmul se elaborează pe două planuri diferite: cel al percepţiei şi cel al reprezentării.

Noţiunea de timp trebuie, obligatoriu, legată de propriul corp şi în această direcţie ea are două sensuri: în primul rînd, este vorba de o abordare corticală, prin care este reglată mişcarea; este un ritm ce îndeplineşte un rol de reglare a mişcării, ce-i conferă armonie; al doilea sens este reprezentat de stilul corporal, influenţat direct de psihomotricitatea persoanei; este un ritm propriu ce corespunde personalităţii fiecăruia. (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 17).

Ritmul corporal va permite structurarea unei relaţii terapeutice. Pornind de la mişcare, se va structura o anumită relaţie ritmică, legată de periodicitatea săptămînală a şedinţelor de tratament. În timpul şedinţei se respectă periodicitatea de execuţie a unor probe, ceea ce oferă anumite repere ale ritmului

În cadrul unei relaţii terapeutice, înţelegerea timpului este complexă şi urmează două direcţii: este vorba, în primul rînd, de timpul necesar pentru stabilirea unei relaţii între pacient şi terapeut; un alt element este reprezentat de ritmul corporal propriu, ce influenţează stabilirea relaţiilor interpersonale. Aceste aspecte sînt esenţiale în cazul copiilor cu retard mental, la care noţiunea de timp se elaborează cu dificultate şi la care comunicarea verbală este dificilă.

Toate elementele psihomotricităţii şi în special structurile perceptiv-motrice joacă un rol major în adaptarea copilului la şcolaritate şi a adultului la activitatea profesională. Cunoaşterea timpurie a retardurilor şi a problemelor existente la acest nivel permite intervenţia precoce, reprezentată de educarea şi reeducarea psihomotrică.

TULBURĂRI DE PSIHOMOTRICITATE

Tulburările de psihomotricitate sînt prezentate de către A. De Meur, ca fiind nişte „tulburări instrumentale", consfinţind de această manieră, legătura indisolubilă dintre psihic, ca centru de comandă şi fizic, ca instrument de execuţie. După acelaşi autor, dificultăţile motorii trebuie căutate şi în tulburările de schemă corporală, inclusiv a celor spaţio-temporale.

O clasificare exhaustivă a tulburărilor de psihomotricitate este imposibil de realizat, date fiind formele extrem de variate, sub care acestea se pot prezenta, în balanţă fiind toată gama funcţiilor instrumentale şi afective, interrelaţia dintre corp şi psihic sau conexiunile probabile dintre inteligenţă şi sensibilitate.

Domeniile de explorare a tulburărilor de psihomotricitate se regăsesc în patologia neurologică, grupate în aşa numita infirmitate motorie cerebrală (I.M.C.), abordabilă încă din perioada primei copilării. Într-o viziune mai modernă, motricitatea este considerată ca un instrument, în timp ce psihomotricitatea este conectată la personalitate, sub toate formele ei de exprimare. Tulburările psihomotrice nu corespund unei leziuni în focar ca sindroamele neurologice clasice; ele sînt mai mult sau mai puţin automatizate, mai mult sau mai puţin motivate, mai mult sau mai puţin subite, mai mult sau mai puţin dorite; sînt legate de afectivitate, dar şi de somatic prin legăturile cu calea finală comună, dar nu prezintă caracteristicile unei dereglări definitive a sistemului neuropsihologic; ca formă, pot fi persistente sau labile, dar sînt variabile ca expresie; ele rămîn intim legate de aferenţe şi de situaţii; au adesea un caracter de expresie comică, caricaturală şi păstrează caracterul primitiv care le apropie de fazele primitive de contact şi de repulsie, de pasivitate şi de agresiune. Uneori, ele nu au aceeaşi formă ca mişcările primare, dar au valoarea unui simbol (R.Dailly, 1980, p.13).

Psihomotricitatea se adresează, în egală măsură, şi copiilor şi adulţilor, despre care se spune că nu se simt bine în propriul corp şi au dificultăţi de comunicare şi de acţiune asupra mediului ambiant, cu referire specială pentru aparţinători. Aceste probleme se manifestă sub două forme, bine definite:corporal şi relaţional.

Analizînd din punct de vedere corporal fenomenul, se remarcă prezenţa unui proces de neîndemînare, coordonare defectuoasă şi o schemă corporală rău integrată, în contextul unor probleme psihomotrice evidente.

Din punct de vedere relaţional, sînt caracteristice dificultăţile de comunicare şi de contact cu alte persoane, alternînd între stari de inhibiţie şi manifestări de instabilitate, mergînd pînă la ieşiri necontrolate de agresivitate.

Mişcarea, analizată din punct de vedere strict neuromotor, este studiată încă din faza ei de eleborare corticală şi continuată pe traiectele sale piramidale descen-

dente. Din punct de vedere psihomotor, însă, situația este oarecum diferită, ea însumînd și motivația psihică, ce a condus la angajarea aparatului locomotor în mișcare. S-a mai stabilit și faptul că între neuro și psihomotricitate există și releul hipotalamic, evidențiat în corelația certă ce există între stările de anxietate și creșterea tonusului muscular.

Deficitul psihomotric nu se manifestă de o manieră specifică și localizată. Apar tulburări difuze ale comportamentului motor și a celui psihic. Din punct de vedere motor, deficitul se manifestă mai complex, interesînd echilibrul static și dinamic, coordonarea dinamică generală, ritmul mișcării, scrisul, lectura etc. Diferențierea este mai dificilă, dar poate înclina balanța, atunci cînd sînt interesate și neuro și psihomotricitatea, ilustrat de infirmitatea motrică cerebrală, cunoscută și ca sindrom clinic, situație în care apar și tulburări, ce pot fi atribuite releului mezencefalic, dublate de tulburări de schemă corporală și spațio-temporală.

Acesta este și motivul pentreu care tulburările de psihomotricitéte trebuie abordate complex, integrate într-un cadru conceptual și nu separat și simplist. Prin acest termen se arată că o problemă psihomotrică poate afecta personalitatea în totalitate. Astfel, o dificultate motorie se va repercuta asupra structurii normale a schemei corporale și chiar a structurării spațio-temporale. (A. De Meur 1988, p.27)

J. Richard, (1995, p.26) consideră că tulburările de psihomotricitate la copil sînt reprezentate de: tulburări de tonus: hipertoniile, paratoniile, distoniile diverse, sincineziile; dipraxiile sînt dificultăți de coordonare motrică ce au consecințe negative în învățarea școlară deoarece se asociază cu o mișcare lentă – din ele fac parte, în mod special, disgrafiile; hiperactivitatea copilului – sindromul hiperkinetic presupune o agitație motrică permanentă și fără sens sau scop; ticurile au forme variate; tulburările dominantei laterale; tulburările de organizare a spațiului și timpului – determină dificultăți în învățarea școlară.

În cadrul tulburărilor conduitelor motrice sînt prezentate separat problemele ce pot apărea la nivelul celor trei tipuri de manifestări de activitate la copil, adică tulburări la nivelul: conduitelor motrice de bază; conduitelor neuro-motorii; conduitelor perceptiv-motrice.

Conduitele motrice de bază

Sub acest titlu, sînt grupate cele patru modalități, prin care se exprimă, în ordinea în care „vin pe lume", conduitele motrice de bază: coordonarea oculo-motorie, echilibrul static și dinamic, coordonarea dinamică generală..

Coordonarea oculo-motorie este considerată esențială pentru realizarea unui gest abil. Tulburările aceste coordonări devin evidente, mai ales în timpul executării unor gesturi, cu deosebire în timpul prehensiunii.

La copii se remarcă neîndemînarea, ce este pusă în evidență în caz de relație directă cu obiectele. În acest caz gesturile neadaptate scopului propus sînt lente, bruște sau greșit concepute. Apare practic o dezorganizare a succesiunii mișcărilor. (J.J.Guillarmé, 1982, p.32)

În anumite cazuri, apar nepotriviri între acțiunile clonice și cele tonice, manifestări ce sînt caracteristice situațiilor patologice fiind atribuite patologiei

cerebelului (la adult) sau unei întîrzieri de maturizare (la copil). Uneori, întîrzierea în maturizare depăşeşte vîrsta programată şi apare o debilitate a funcţiei. În această situaţie s-a putut descrie un nou model de asinergie motorie, căreia îi corespund şi anumite probleme psihologice.

Pentru învăţarea scrisului, coordonarea oculo-motorie are un rol esenţial. Coordonarea oculo-motorie nesatisfăcătoare se însoţeşte de întreruperi ale traseului, aplatizări bucle incorect conturate, litere închise prea mult sau prea puţin, trăsături încheiate devreme sau tîrziu.

Echilibrul static şi dinamic. Privit în ansamblu, echilibrul static şi dinamic ridică probleme legate de deficienţe la nivelul sprijinului podal şi la nivelul controlului tonico-postural. În timpul echilibrului static (poziţia corpului) şi dinamic (mers, alergare, sărituri) pot fi observate posibilităţile motrice generale, precum şi stilul motric (G. B. Soubiran 1975, p.64).

Luate separat, tulburările echilibrului static apar în leziuni la nivelul sistemului vestibular, cerebelos şi la nivelul căii sensibilităţii profunde conştiente.Se ştie că în cazul în care leziunea este uşoară, echilibrul static este posibil, dar cu o bază mare de susţinere, iar în leziunile grave, echilibrul static neurologic nu se mai poate realiza sub nici o formă (Gh. Pendefunda, 1992, p.30).

Tulburările echilibrului dinamic, mult mai complexe decît ale celui static apar în situaţiile unor leziuni ale căii piramidale, la nivelul sistemului piramidal, sistemului vestibular, al sensibilităţii profunde sau la nivelul sistemului muscular.În aceste situaţii, mersul devine caracteristic.mai lent, greoi, rigid, forfecat etc, în raport de specificul afecţiunii.

După majoritatea autorilor se consideră că atitudinile incorecte au un caracter comun, fiind considerate drept atitudini de „stabilizare”în care, segmentele corporale au mici oscilaţii în jurul poziţiei de echilibru. Tot în cadrul atitudinilor de stabilizare apare şi o accentuare a oblicităţii segmentelor corporale, ce sînt menţinute în aceste poziţii fie prin creşterea tensiunii ligamentare, fie printr-o tensiune musculară tonică permanentă.

În urma oblicizării unor segmente corporale se ajunge la atitudini „în arc” sau „în acordeon”, prin reacţii de sens contrar. Atitudinile incorecte atunci cînd sînt asociate cu hipertonie musculară, sînt foarte obositoare.

Tulburările prezentate au la bază cauze neuromotorii, dar pot avea şi cauze psihologice, atunci cînd copilul nu are încredere în posibilităţile sale. Neîncredere, se manifestă clinic, prin dezechilibrări ce apar în timpul mersului sau în poziţia ortostatică (A. De Meur 1988, p.28).

Coordonarea dinamică generală. Apariţiei tulburărilor de coordonare se înscriu următoarele cauze: tulburări ale sensibilităţii superficiale sau profunde, inconştiente sau conştiente; tulburări vestibulare sau cerebeloase; tulburări psihologice sau afective: copilul nu se poate concentra asupra acţiunilor sale, este anxios şi nesigur pe el.

Subiectiv, la aceşti copii se remarcă prezenţa unor gesturi dizarmonice. Obiectele sînt manevrate greoi, îmbrăcarea şi dezbrăcarea durează foarte multe, iar literele sînt trasate ezitant.

După A. De Meur (1988, p. 29) semnele obiective ale tulburărilor de coordonare sînt reprezentate de discronometrie, dismetrie, asinergie şi adiadococinezie. *Discronometria* se manifestă clinic printr-o întîrziere a declanşării mişcării şi un retard al opririi ei. *Dismetria* se manifestă prin exces de mişcare şi este însoţită de hipermetrie, adică de o mişcare de prea mare amplitudine şi hipometrie, cînd mişcarea este mai scurtă, faţă de scopul pentru care a fost iniţiată. *Asinergia* reprezintă lipsa de coordonare a componentelor musculare ale unei mişcări ample cum ar fi mersul, aplecarea pe spate, ridicarea din poziţia aşezat.

Adiadococinezia se manifestă prin dificultăţile ce apar în situaţiile în care trebuie executate gesturi rapide, alternative şi de sens contrar.

Literatura de specialitate încadrează *dispraxia* în cadrul tulburărilor de coordonare generală, care definesc dispraxiile ca fiind dificultăţi de coordonare motrică ce perturbă precizia actelor motrice şi învăţarea şcolară.

Există păreri care atribuie dispraxia tulburărilor motorii, de structurare spaţio-temporală şi afectiv-caracterială, reprezentate de neîndemînare şi lipsa de control a mişcării. In acest context ritmul mişcării este inegal, lent, accelerarea o dezorganizează, iar tulburările de structurare spaţio-temporală se manifestă prin tulburările de lateralitate, perturbări lexice, grafice, de calcul. Tulburările afectiv-caracteriale la rîndul lor se manifestă prin instabilitate, atitudine infantilă, intoleranţă la eşecuri (C.Păunescu, I. Muşu, 1990, p.96).

Tonusul muscular în relaţie cu motricitatea

Anomaliile tonusului muscular sînt reprezentate de hipertonii, hipotonii, paratonii, distonii ca expresii a spasticităţii şi sincinezii. Spasticitatea şi rigiditatea sînt incluse în hipertonia musculară.(J.Richard, 1995, p.26)

Hipertonia musculară ca apartenenţă şi particularităţi clinice este atribuită leziunilor de neuron motor central şi se manifestă prin apariţia unei contracţii musculare reflexe atunci cînd se încearcă o întinderea pasivă bruscă a muşchilor scheletici aflaţi în stare de repaus. Această contracţie involuntară apare, datorită intrării în acţiune a unui reflex numit reflex de întindere sau reflex miotatic, descris pentru prima dată de Sherrington..

Hipersensibilitatea arcului reflex de întindere reprezintă una din tulburările principale ce activează spasticitatea, hiperreflexivitatea şi clonusul. Spasticitatea predomină pe muşchii flexori ai membrele superioare şi pe extensorii de la nivelul membrelor inferioare. (C.Amiel-Tison, 1997, p.21) In acest context mobilizarea rapidă a membrelor pacientului de către terapeut, determină apariţia unei rezistenţe iniţiale care apoi dispare. Această secvenţă de rezistenţă-destindere defineşte spasticitatea.

După A. Albert (1969, p.14), spasticitatea se prezintă sub forma unei hipertonii musculare permanente, ce fixează articulaţia într-o anumită poziţie. Alura, intensitatea şi condiţiile în care apare contractura musculară sînt caracteristice spasticităţii unui grup muscular într-un anumit moment al evoluţiei sale.

Rigiditatea musculară. In acest caz, mobilizarea segmentară este aproape imposibilă. Examinatorul percepe o creştere accentuată a rezistenţei în timpul mobilizărilor pasive şi lente. Rigiditatea implică o leziune extrapiramidală.

Diferenţa dintre spasticitate şi rigiditate este bine definită la adult. La copiii atinşi de infirmitate motrie de origine cerebrală cele două fenomene coexistă, fiind dificilă diferenţierea (C. Amiel-Tison 1997, p.21).

Hipotonia musculară se pune în evidenţă prin mobilizări pasive, executate de terapeut. Acesta percepe scăderea rezistenţei la întindere opusă de musculatura hipotonă, devenită progresiv hipotrofică. Hipotonia musculară este consecinţa unei afectări nervoase periferice, adică începînd cu neuronul motor periferic, situat în coarnele anterioare ale măduvei spinării, implicînd arcul reflex tonigen în totalitatea sa.

Distoniile musculare. Prin definiţie ele reprezintă toată gama de mişcări tonice şi intermitente ce pot afecta anumite zone sau tot corpul. Distoniile de natură nervoasă degenerativă afectează tot corpul fiind frecvent întîlnite la persoanele de vîrsta a treeia. Distoniile localizate pot afecta anumite segmente corporale sau unele grupe musculare. Cele localizate numai la unele grupe musculare, sînt denumite distonii focale, iar cele localizate la nivelul unui segment corporal sînt distonii segmentare.

Distonia de atitudine cea mai cunoscută este reprezentată de torticolisul spasmodic, în care este prezentă o contractură lentă, progresivă sau bruscă a muşchiului sterno-cleido-mastoidian, pe de o parte, asociată cu cea a muşchiului splenius de parte opusă, ceea ce determină rotaţia capului.de aceiaşi parte cu aceasta din urmă.

Paratoniile reprezintă o imposibilitate de relaxare voluntară a muşchilor, datorată unor tulburări ale tonusului de repaus. În momentul mobilizării pasive a unui segment corporal, pot apărea blocaje opoziţionale sau contracţii involuntare ce traduc incapacitatea de control asupra mişcărilor voluntare.

Paratonia este normală la copilul mic şi la persoanele cu o constituţie atletică. Ea apare datorită maturizării tardive a sistemelor de comandă motrică înscriindu-se în cadrul retardurilor în dezvoltare motrică şi a limbajului.

J. Berges (citat de R. Dailly, 1980, p.13) descrie două categorii de paratonie: de fond şi de acţiune.

Paratonia de fond este pusă în evidenţă în timpul manevrelor de mişcare pasivă a braţelor şi se manifestă printr-o frînare globală a mobilizării pasive. Paratonia de acţiune este pusă în evidenţă tot prin mobilizări pasive dar de mai mare amplitudine, iar frînarea apare la un anumit grad de amplitudine a mişcării. Paratonia de acţiune împiedică manevrele de mobilizare pasivă, deşi pînă la un punct ele sînt uşor de realizat.

Sincineziile sînt reprezentate de unele mişcări involuntare, ce însoţesc mişcările voluntare ale părţii active, ele reprezentînd reacţii tonice, induse de mişcările pe care le vor parazita.

Primele mişcări ale copilului sînt fără un scop anume, ample şi aproape totdeauna bilaterale. Doar după cîteva luni de la naştere, se diferenţiază mişcările unilaterale. Controlul copilului asupra mişcărilor sale depinde de evoluţia sa fiziologică, adică de maturizarea sa. Eliminarea unei sincinezii este o problemă de timp, ce se rezolvă spontan pe parcursul procesului de creştere şi dezvoltare.

După Gh. Pendefunda, (1992, p. 49) sincineziile se prezintă sub trei forme: globale, de coordonare şi de imitaţie. Sincineziile *globale* sînt reprezentate de mişcări la nivelul părţii paralizate, mişcări ce apar în timpul unui efort.Sincineziile de *coordonare* sînt mişcări involuntare care apar la nivelul unui grup muscular cu ocazia mişcărilor voluntare ale altor grupe musculare cu care are legături funcţionale. Sincineziile de *imitaţie* constau din reproducerea involuntară la nivelul membrelor hipertonice a mişcărilor voluntare executate cu partea sănătoasă.Aceste manifestări motrice au un sens diferit, în funcţie de perioadele de maturizare psihomotrică sau de contextul neurologic în care ele sînt constatate.

Conduitele perceptiv-motrice

Schema corporală este cunoscută, mai mult, prin tulburările pe care le prezintă denumite şi tulburări somatognozice.Aceste tulburări sînt determinate de leziunile cerebelului se manifestă prin iluzii kinestezice sau prin hemisomatoagnozie, adică sentimentul absenţei unei părţi a corpului..

Tulburările pot apare şi ca urmare a unor leziuni cerebrale, în care elementul esenţial este reprezentat de agnozia digitală, care explica multe din dificultăţile de orientare spaţială, dislexia, disgrafia sau discalculia. Acest bagaj simptomatic este atribuit sindromului Gerstman în cadrul căruia se constată prezenţa unui complex de agnozii:grafică, de calcul, confuzia dreapta-stînga şi digitală. Cît priveşte ultima din ele, cea digitală se manifestă sub forma imposibilităţii de a distinge, arăta, numi şi alege diferite degete de la mîna proprie sau de la cea a examinatorului.

Tulburările minore se caracterizează printr-o întîrziere în apariţia structurilor de schemă corporală, prin ritmul lent de formare şi evoluţie, prin existenţa acestor structuri dar insuficient elaborate. Toate aceste fenomene apar frecvent la deficienţii mentali.

Tulburările schemei corporale evidenţiază prezenţa unor probleme motorii sau intelectuale. Exceptînd aceste cazuri, restul tulburărilor de realizare a schemei corporale sînt de ordin afectiv

Cît priveşte copilul deficient psihomotor, acesta se remarcă prin aceea că nu-şi recunoaşte părţile propriului corp chiar şi atunci cînd desenează. De asemenea el nu îşi situează corect membrele, nici atunci cînd are obligaţia de a executa un gest. Problemele care apar sînt datorate dificultăţilor pe care le are copilul în perceperea poziţiei segmentelor corporale în spaţiu. (A. De Meur, 1988, p.32).

Pentru tratarea tulburărilor de schemă corporală, relaţia copil-terapeut este de cea mai mare importanţă, deoarece angajează relaţile de natură afectivă ce trebuie să stea la baza cooperării lor.

Lateralitatea emisferică. In cadrul tulburărilor de dominanţă laterală sînt incluse dislateralitatea şi confuzia legată de o educaţie neadecvată. Noţiunea de dislateralitate a fost folosită pentru prima dată Orton şi desemnează „complexul de tulburări consecutive reducerii forţate a stîngăciei cît şi acţiunea propriu zisă de contrariere a senestralităţii la copil".

Cauzele tulburărilor de lateralitate pot fi motrice, neurologice, sociale sau psihologice.

Tulburările de lateralitate legate de cauze motrice şi neurologice apar ca urmare a unei infirmităţi sau leziuni cerebrale. În acest caz există o pseudostîngăcie, deoarece persoana foloseşte in activitate mîna stîngă, ca urmare a faptului că cea dreaptă este paralizată sau amputată.

Din punct de vedere social, copilul poate deveni stîngaci prin imitarea unui părinte stîngaci. De asemenea, uneori copilul este stîngaci dar în mediul său familial multe lucruri sînt organizate pentru dreptaci şi atunci el se forţează să folosească şi mîna dreaptă. (A. De Meur1988, p.34)

Tulburările de natură psihologică apar in situaţia în care copilul are dificultăţi de percepere a axei corporale, a unicităţii corpului, datorită unor probleme afective.

Stîngăcia este un fenomen neurologic normal fiind legată de dominanta emisferului drept şi apărînd ca o predispoziţie constituţională. Copiii forţaţi să lucreze cu mîna dreaptă, deşi sînt stîngaci, dezvoltă o stîngăcie contrariată În aceste condiţii, unii copii scriu cu mîna dreaptă, dar execută acţiuni de forţă cu mîna stîngă. Tot în acest caz, copilul nu ştie ce parte să aleagă pentru a executa unele acţiuni de mare precizie şi forţă. Contrarierea nu este recomandabilă deoarece poate avea repercursiuni psihologice, intelectuale, afective şi nevrotice.

Lateralitatea încrucişată se manifestă prin imposibilitatea precizării preferinţei pentru partea dreaptă sau stîngă a corpului, deşi alege corect mîna şi piciorul dominant.

Ca urmare a acestor probleme de lateralitate, copilul prezintă, în ambianţa şcolară, unele dificultăţi reprezentate de: dificultăţi de recunoaştere a poziţiei drepte sau stîngi a unor obiecte; dificultăţi de adaptare la sensul grafic normal de la stînga la dreapta; scrierea literelor „în oglindă" adică inversate; discriminare vizuală dificilă (A. De Meur 1988, p.34).

Aceste probleme apar rar izolate, în majoritatea cazurilor ele fiind integrate într-o perturbare generală a maturizării psihice şi motrice, fiind legate de o imaturitate globală.

La stîngaci învăţarea scrisului este dificilă, mai ales adaptarea la orientarea stînga-dreapta a scrisului. Pentru a evita contactul mîinii stîngi cu corpul, în timpul scrisului, copilul trebuie să facă unele mişcări compensatoare. Stîngacii scriu cu o înclinare mare a capului, cu pagina aşezată oblic, cu pumnul rotat extern. Aceste mişcări vor determina apariţia unei contracturi musculare şi a unui ritm mai lent de lucru.

Stîngăcia contrariată poate sta la baza apariţiei fenomenelor de dislexie şi disortografie. De asemenea, lateralitatea slab conturată şi neomogenă este frecvent asociată cu tulburări motorii generale, cu probleme de limbaj şi de organizare spaţio-temporală.

Structura spaţială. Organizarea spaţială se realizează cu ajutorul percepţiilor avînd la bază elementele senzorio-motorii. Tulburările prezente la nivelul acestei structuri au cauze motrice şi psihologice.

Din punct de vedere motor tulburările structurii şi organizării spaţiale apar în condiţiile existenţei unor probleme de integrare a schemei corporale, a tulburărilor de dominantă laterală şi a unor dificultăţi de manipulare a obiectelor.

Pe plan psihologic, tulburările de structură spaţială apar atunci cînd copilul, din anumite cauze, nu mai are experienţe legate de mediul înconjurător. Astfel, el nu mai poate ocupa spaţiul de care are nevoie. În alte cazuri, el separă greu visul de realitate, gîndirea sa fiind instabilă, mai ales în termenii spaţiali.(A. De Meur, 1988, p35)

Tulburările structurii şi organizării spaţiale se manifestă prin cîteva semne clinice mai deosebite: *copilul ignoră termenii spaţiali,* adică el are dificultăţi de integrare într-un joc colectiv, nu-şi găseşte lucrurile, are dificultăţi în stabilirea unei progresii, fiind incapabil să se orienteze; cunoaşte termenii spaţiali dar *percepe greşit poziţiile,* adică nu îi este clară poziţia de sus-jos, confundă unele litere (n cu u) sau unele cifre (6 cu 9); percepe bine spaţiul înconjurător dar se *orientează cu dificultate,* in jocurile pe echipe, mai ales cînd se modifică punctele de reper; scrie destul de corect, dar are probleme legate de *menţinerea rîndului* şi înţelegerea unui plan cu intrare dublă; calculele nu ridică probleme deosebite, totuşi apar dificultăţi în situaţia în care apar *adunări şi scăderi*; apar probleme la scrisul după dictare, mai ales atunci cînd întîlneşte literele b şi d. El nu are probleme de percepţie nici în sens stînga-dreapta nici în sens sus-jos, ci uită corespondentul acestor simboluri. De asemenea, poate uita semnificaţia semnului „+" considerîndu-l sinonim cu „se adaugă".

Uneori copilul nu are orientare spaţială astfel că el se loveşte de colegi, nu-şi regăseşte locul şi lucrurile. Organizarea paginii pentru desen este defectuoasă, iar scrisul este dificil deoarece noţiunea de oblic este greu percepută.

Nu înţelege reversibilitatea şi transpoziţia, elemente ce încep să apară după vîrsta de 6 ani, fiind considerat un aspect patologic dacă întîrzierea apariţiei este după vîrsta de 8 ani.

Dificultatea apare datorită unor probleme de lateralitate şi de percepţie stînga-dreapta. Copilul nu înţelege o egalitate matematică, de genul: 5+6=8+3.

Dificultăţi de înţelegere a relaţiilor spaţiale, în care este vorba de elemente ce fac parte din logica matematică, copilul nu înţelege legătura dintre fenomene, lucruri.

După C. Păunescu, (1990, p.162), tulburările de orientare şi insuficientă „discriminare spaţială" conduc la tulburări de comportament şcolar, reprezentate de disgrafie, discalculie, disortografie, dislexie.

R. De Villard (1986, p.5), încadrează disgrafia, discalculia, disortografia în tulburări ortofonice. În general, aceşti copiii se remarcă printr-un uşor retard psihomotor global exprimat prin imaturitate. De asemenea, uneori apar tulburări de limbaj, asociate cu tulburările psihomotorii, reprezentate, în special, de probleme la nivelul organizării spaţio-temporale.

L.Pick şi P. Vayer, (1971, p.33) consideră că trebuie diferenţiate două tipuri de tulburări: tulburări ale schemei corporale şi de orientare spaţială care pot fi legate de tulburările comportamentului general; tulburările de reprezentare şi de structurare spaţială, ce stau la originea dificultăţilor întîlnite la învăţarea mijloacelor de expresie în mod deosebit a celor dobîndite prin educaţie (scris-citit-scris după dictare). Aceste două tipuri de tulburări nu sînt legate legate între ele. Tulburările reprezentării şi

strucurării spaţiale nu decurg obligator din tulburările schemei corporale şi de orientare spaţială. Ele sînt legate, ca şi primele, de memoria şi inteligenţa subiectului, depinzînd în special de obiceiurile motrice

Orientarea temporală. Noţiunea de timp se dezvoltă cu ajutorul schemei corporale şi a structurii spaţiale. In acest context tulburările de orientare temporală sînt tot de natură motrică, psihomotrică sau psihologică.(A.De Meur, 1988, p.40)

Au fost identificate patru simptoame ce scot în evidenţă tulburările organizării temporale: imposibilitatea perceperii ordinii şi *succesiunii unui eveniment*, situaţie în care apare interferenţa unor fapte, fenomene, prezente mai ales pe parcursul unei povestiri. Acest fenomen este normal la copilul mic dar el trebuie să dispară treptat. De asemenea, copilul are dificultăţi în perceperea a *ceea ce este pe primul loc* şi pe ultimul loc, nu poate situa ceea ce este „înainte" şi „după", nu se organizează în sensul stînga-dreapta, încurcă ordinea cuvintelor scrise; copilul nu percepe intervalele astfel că el nu ţine cont cînd trebuie să se oprească; în scris apare o lipsă de diferenţiere a cuvintelor, context în care fraza apare ca un singur cuvînt; *nu are un ritm stabil de lucru,* element manifestat prin frica de a alerga deoarece face paşii prea lungi sau prea scurţi. Copilul *nu înţelege ce este o oră,* astfel încît el nu-şi poate organiza timpul. În acest caz organizarea activităţilor, mai ales a celor de scris, este perturbată, neavînd clar stabilită în minte ordinea de desfăşurare a unor activităţi. Copilul în cauză nu face faţă cerinţelor şcolare, nu ajunge la finalul activităţilor sale zilnice deoarece întîrzie foarte mult cu tot felul de activităţi minore. Astfel, în loc să-şi rezolve temele el face curat în cameră, se joacă sau mănîncă, ilustînd de această manieră, dezordinea intelectului pe care îl are la dispoziţie.

Tulburări afective

A.De Meur (1988, p.43), asociază la tulburările perceptiv-motrice şi problemele afective, majoritatea acestora au fost prezentate în cadrul tulburărilor de psihomotricitate.

Principala cauză a acestor tulburări trebuie atribuită atmosferei din familie. Uneori părinţii se ceartă iar copii sînt angrenaţi în aceste scandaluri. În alte situaţii familia nu înţelege situaţia reală a copilului avînd pretenţii exagerate. În ambele situaţii copiii prezintă reacţii de opoziţie ce se manifestă prin lipsa de colaborare sau stări de încordare.

Unii părinţi îşi doresc copii puternici, care nu plîng şi nu îşi manifestă emoţiile. În această situaţie, unii copii vor reacţiona fie prin exuberanţă, fie prin crispare, fie prin refuzul răspunsului la solicitări. În concluzie, este foarte importantă cunoaşterea mediului familial, pentru a înţelege mai bine copilul, considerînd fiecare copil ca un unicat, neexistînd modele care să reediteze comportări terapeutice performante în trecut.

Tulburări motorii

Întîrzierea dezvoltării motorii. Subiectiv acest fenomen se manifestă prin imposibilitatea executării unor anumite acte motrice, deşi alţi copii, de aceeaşi vîrstă, le execută. Monitorizarea se face cu uşurinţă, folosind testul Ozeretski şi calculînd

vîrsta motrică, comparativ cu cea cronologică. Uneori apare un retard ce este determinat de problemele motorii sau intelectuale pe care le prezintă copilul (J.S.Tecklin, 1989, p. 18).

Copiii supraprotejați prezintă un fenomen de lene motrică, favorizat de preocuparea familiei de a le rezolva și cele mai mici probleme. Unele „șocuri afective" cum ar fi decesul unui părinte, pot bloca sau inhiba progresul pe plan motor. Alți copii nu mai „doresc" să crească în momentul în care în familie a mai apărut un frate sau o soră și atenția părinților este împărțită cu noul venit.

Tulburările de sensibilitate Subiectiv, copilul nu poate imita o atitudine, pe care educatorul i-a demonstrat-o decît în fața oglinzii. El scapă obiectele din mînă, este insensibil la căldură și-și mișcă inconștient gleznele. Obiectiv, copilul prezintă o serie de tulburări în funcție de sediul și cauza leziunii și se remarcă printr-o gamă largă de manifestări parestezice difuze.

Pentru problemele legate de sensibilitatea profundă se constată următoarele aspecte: copilul nu poate menține, cu ochii închiși, o poziție sau o atitudine impusă; cu ochii închiși, copilul nu poate percepe poziția brațelor, dacă i se ridică o mînă, el nu o poate ridica pe cealaltă în aceeași poziție; copilul nu percepe o mișcare, mai ales atunci cînd are ochii închiși (el nu simte ce mișcare a fost imprimată segmentelor corporale proprii); execută dificil sau nu execută mișcări cu finalitate funcțională; nu poate aprecia forța necesară unei mișcări, pentru realizarea scopului propus.

In unele situații apar manifestări complexe în care este afectată atît sensibilitatea profundă cît și cea superficială. In acest context copilul prezintă următoarele tulburări: copilul nu poate localiza o senzație tactilă; nu poate recunoaște o formă geometrică sau o literă scrisă cu mîna sa; nu poate recunoaște un obiect desenat de mîna sa.

Cauzele acestor tulburări sînt, cel mai frecvent, de natură neurologică. Valoarea semiologică a acestor probleme depinde de topografia și particularitățile tulburărilor de sensibilitate.

Topografia tulburărilor de sensibilitate depinde de sediul leziunii și are o valoare diagnostică deosebită. Din punct de vedere topografic se diferențiază tipul radicular, nevritic, polinevritic, paraplegic, hemiplegic și tipul isteric.

Caracterul tulburărilor de sensibilitate permite diferențierea modului în care sensibilitatea profundă și superficială sînt implicate în această situație.

PATOLOGIA MOTRICĂ CENTRALĂ

Tulburările de psihomotricitate au un caracter complex fiind influenţate de starea de sănătate a creierului şi de dezvoltarea motricităţii.

După R.Dailly (1980; p.2) există trei aspecte ale patologiei psihomotrice:

Infirmitatea motrică de origine cerebrală (I.M.C.) care se manifestă clinic prin hemiplegie, diplegie Little, diplegie diskinetică sau prin ataxie.

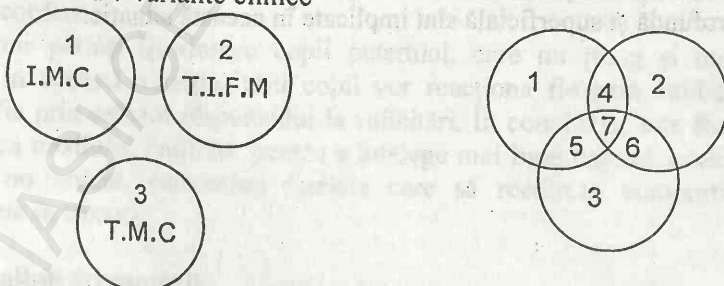
Tulburări de învăţare a funcţiei motrice includ problemele legate de învăţarea şi automatizarea gesturilor motrice. Este vorba de tulburări de învăţare practo-gnosice ce nu implică prezenţa unei paralizii, a unor spasme opoziţionale, sau a unui deficit senzitiv şi senzorial.

Tulburări motorii de comportament constau din tulburări ale actelor motorii fără să existe o infirmitate motrică cerebrală sau tulburări practo-gnozice

Cercetările psihologului francez J.Piaget (citat de R. Dailly, 1980, p.2) aduc o contribuţie importantă la analiza organizării motrice a copilului şi la înţelegerea tulburărilor de psihomotricitate. După acest autor, structurile motrice se bazează pe trei sisteme reglatoare, a căror perturbare determină trei tipuri de tulburări.

Primul sistem de reglare include structurile ce contribuie la realizarea schemei de acţiune.In situaţii patologice apar probleme de motricitate ce însoţesc tulburările de personalitate. Practic afectarea acestui sistem stă la baza tulburărilor motorii de comportament. Al doilea sistem de reglare permite coordonarea mişcărilor în funcţie de un rezultat şi de o intenţie. Problemele se manifestă prin tulburări practo-gnosice, deci prin perturbarea învăţării funcţiei motrice. Ultimul sistem reglator participă la coordonarea elementelor ce stau la baza realizării gesturilor motrice. Leziunile ce apar la acest nivel corespund infirmităţii motrice de origine cerebrală.

Aceste scheme nu sînt rigide, iar cele trei variante de tulburări psihomotorii se asociază rezultînd 7 variante clinice



Asocierea tulburărilor de psihomotricitate (după R. Dailly)

1. Infirmitate motrică cerebrală (I.M.C.); 2. Tulburări de învăţare a funcţiei motrice (T.I.F.M.); 3. Tulburări motorii de comportament (T.M.C.); 4. I.M.C + T.I F.M.; 5. I.M.C. + T.M.C; 6. T.M.C + T.I.F.M.; 7. I.M.C. + T.I.F.M. + T.M.C.

Infirmitatea motorie de origine cerebrală

În cadrul acestui sindrom sînt grupate sechelele atingerilor cerebrale neevolutive Este vorba de o patologie complexă în cadrul căreia tulburările de realizare a mişcărilor voluntare sînt asociate cu problemele controlului postural. Aceste tulburări sînt rezultatul unei leziuni cerebrale progresive şi definitive apărute în timpul sau la scurt timp după naştere. (P.McCoy 1990, p.182)

Leziunea cerebrală nu este evolutivă dar tulburările care apar sînt persistente datorită perturbării dezvoltării cerebrale. In timp tulburările se pot ameliora sau accentua în funcţie de tratamentul şi educaţia de care a beneficiat copilul.

Tulburări motorii. După N. Robănescu (2001, p.95), principalele tulburări ale infirmităţii motorii cerebrale sînt cele locomotorii, schematizate în trei grupe: spasticitatea, diskinezia şi ataxia.

Sindromul spastic este de origine piramidală fiind caracterizat print-un reflex exagerat de întindere a muşchiului. Spasticitatea poate afecta membrul superior şi inferior de aceeaşi parte (hemiplegia spastică), membrele inferioare (diplegia spastică) sau membrele inferioare şi superioare (tetraplegia spastică).

Hemiplegia se caracterizează printr-o hipertonie spastică la nivelul membrului superior şi inferior de aceeaşi parte. Diagnosticul, în această situaţie este greu de stabilit pînă la vîrsta de 7 luni. După vîrsta de 8 luni, apare un semn preţios pentru stabilirea diagnosticului reprezentat de punerea în evidenţă a inegalităţii de producere a reflexului „pregătire pentru săritură".

Mai tîrziu se instalează o retracţie musculo-tendinoasă caracteristică, în care membrul superior este fixat în pronoflexie, iar cel inferior în supinoextensie.

Frecvent, la aceşti copii apar tulburări trofice la nivelul membrelor afectate. Mai rar, apare fenomenul de atrofie şi, mai frecvent, cel de întîrziere în creştere a oaselor.

Uneori, poate fi asociată paralizia facială de partea afectată cu asimetrie facială. In leziunile protuberanţiale paralizia facială este de partea opusă.

Diplegia spastică este un termen ce se pretează la confuzie. După unii autori boala afectează doar membrele inferioare în timp ce alţii susţin o afectare complexă ce interesează toate membrele. Astăzi este recunoscută o formă uşoară, în care sînt afectate numai membrele inferioare (paraplegia spastică) şi una gravă, în care sînt afectate şi membrele superioare şi cele inferioare (tetraplegia spastică).

Pacientul prezintă o dezvoltare slabă a tonusului de extensie la nivelul coloanei vertebrale. În acest context extensia extremităţii cefalice este lentă fiind însoţită de cifoză dorso-lombară. Mişcările corporale laterale sînt limitate şi uneori nu există independeţă la nivelul centurii scapulare şi pelvine.

Membrele superioare sînt flectate pe trunchi cu pumnii strînşi, membrele inferioare sînt în flexie, mai frecvent în extensie, cu o contractură puternică a adductorilor coapselor şi cu picioarele în ecvin accentuat.

În situaţia în care copilul reuşeşte să meargă, mersul va fi forfecat cu genunchii care se ating şi cu planta ce ia contact cu solul, la nivelul degetelor.

Parapareza spastică este diagnosticată în situaţia unei leziuni localizate la nivelul membrelor inferioare. Unii autori consideră parapareza spastică drept o formă uşoară a diplegiei Little. Clinic, spasticitatea predomină la nivelul membrelor infe-

rioare, care prezintă aspectul clasic: adducţia coapselor cu forfecare, extensia genunchilor, picior ecvin. Frecvent este întîlnită cifoza lombară, datorată scurtării muşchilor ischio-gambieri cu bascularea consecutivă a bazinului.

La nivelul membrelor superioare poate fi remarcată neîndemînarea pentru mişcări fine, adiadocochinezie sau sinchinezii minore.

Sindroamele distonice şi diskinetice. Sînt sindroame de origine extrapiramidală manifestate prin atetoză, distonie, rigiditate. Aceste sindroame se caracterizează prin mişcări involuntare de amplitudine mică sau mare ce sînt evidente în activitatea gestuală, dar dispar în timpul somnului.

Ortostatismul şi mersul sînt afectate datorită apariţiei neaşteptate a acestor mişcări. Vorbirea este dizartrică şi întreruptă de spasme deoarece musculatura gloso-labio-faringiană este şi ea afectată.

După N. Robănescu, (2001, p. 212) se deosebesc trei forme de manifestare: sindromul coreic, atetozic şi distonic.

Sindromul *coreic* se manifestă clinic prin mişcări involuntare, spontane, ilogice, bruşte de amplitudine variabilă. Sindromul *atetozic* se caracterizează prin mişcări lente, aritmice, vermiculare ample, localizate în special la mînă şi mai puţin la picior. Sindromul *distonic* poate fi asimilat sindromului piramidalo-extrapiramidal, manifestat prin spasme musculare care cedează lent.

La aceste trei sindroame se adaugă sindromul rigidităţii cerebrale, apărut din ce în ce mai frecvent datorită tehnicilor exagerat de mult timp prelungite, de reanimare din neonatologie. El se manifestă prin hipertonie generalizată interesînd toate cele patru membre, cu pronaţie pentru membrele superioare şi cu adducţie şi rotaţie internă pentru cele inferioare.

Sindroamele ataxice apar în condiţiile lezării cerebelului sau a legăturilor acestuia. Clinic, sindromul se manifestă prin tulburări de echilibru, dismetrie şi asinergie.

Sindrom de dezechilibru. Se manifestă printr-o mobilitate limitată, dublată de hipotonie, copilul este inactiv, iar stimulările senzoriale nu sînt urmate de răspunsuri motrice. (R.Dailly, 1980, p.4)

În concluzie infirmitatea motorie de origine cerebrală se prezintă ca un veritabil mozaic patogenic, în care intelectul şi tulburările de motricitate se înscriu de la „mai nimic" la cote catastrofale.

Tulburări asociate. Intensitatea tulburărilor motorii în contextul general al psihomotricităţii este foarte diferită, de la un caz la altul, însoţindu-se de tulburări asociate.

După J.P. Deschamps (1981, p.70), tulburările asociate sînt reprezentate de deficit mental, de probleme senzoriale, epilepsie, probleme psihologice şi tulburări instrumentale.

Deficitul mental. Posibilităţile de învăţare şcolară sînt foarte diferite la aceşti pacienţi. Unii pot absolvi chiar şi o facultate, în timp ce alţii nu pot învăţa să citească. În marea majoritate a cazurilor retardul mental nu este grav, dar se poate asocia cu tulburări de limbaj şi cu probleme de organizare a spaţiului.

Problemele senzoriale sînt frecvent întîlnite la aceşti pacienţi. Strabismul este o prezenţă aproape constantă datorită afectării muşchilor oculari şi se însoţeşte de

dificultăți de convergență și de mișcări involuntare necontrolate. Surditatea sau hipoacuzia este întîlnită la copiii cu atetoză. Ea trebuie rapid diagnosticată, pentru a preveni apariția unor tulburări de limbaj.

Epilepsia este și ea ades întîlnită la acești pacienți, mai frecventă la cei cu hemiplegie spastică comparativ cu cei cu diplegie, dar mai rară la cei cu atetoză. Absențele de tip „petit mal" sînt foarte rare la pacienții cu infirmitate motrică cerebrală.

Tulburările psihologice ce pot fi întîlnite, sînt probleme de personalitate și de comportament. Acești pacienți au reacții afective bogate, colaborează cu ușurință cu persoanele din anturaj de care se atașează rapid. Totuși comportamentul lor se particularizează prin reacții lente și tendință de inerție. Prezintă tulburări de caracter, asociate uneori și cu un insuficient control emoțional, tendințe depresive sau agresive. Aceste ultime probleme apar mai ales la pubertate, atunci cînd ajung să înțeleagă consecințele afective și sociale ale infirmității lor.

Tulburările instrumentale. Sub această denumire, oarecum improprie, este cuprinsă, in afară de paralizie și anchiloză, motricitatea în sensul cel mai larg al cuvîntului. Este vorba de tulburările legate de perturbarea concepției gestului, de afectarea întregii organizări motrice. Aceste tulburări pot interesa: praxiile, adică coordonarea mișcărilor elementare ce compun un gest armonios; gnoziile, adică sinteza senzațiilor elementare pentru obținerea unei percepții; orientarea spațio-temporală.

Tulburările asociate sînt întîlnite în combinații foarte diferite determinînd apariția unui tablou clinic divers. Totuși ele au fost sistematizate în două mari categorii reprezentate de: tulburări de „utilizare" corporală; tulburări de organizare funcțională (J.P.Deschamps, 1981, p.76).

În cadrul tulburărilor de *„utilizare" corporală* pot fi întîlnite următoarele probleme: paralizii sau fenomene de slăbiciune musculară; pot apare unele probleme de tonus muscular, fiind afectat în mod deosebit tonusul axial; rigiditatea membrelor, motivată de spasticitate; retracții musculo-tendinoase; deformări osteo-articulare cel mai frecvent scolioze și luxații de șold.

Tulburările de *organizare* sînt legate de problemele de sistematizare a mișcărilor (distonii, diskinezii, mișcări involuntare), de dificultăți de integrare senzorială, de neîndemînare, apatie, de oboseală fizică și psihică.

Aceste probleme, legate de infirmitatea motrică de origine cerebrală, trebuie cunoscute pentru a evita abandonul școlar și tendința de excludere a acestor copii din grup.

Tulburări de învățare a funcției motrice

Examinarea copiilor de aceeași vîrstă permite să se observe o varietate mare de obiceiuri motrice, atunci cînd ei se îmbracă, sar coarda sau dansează. În timp ce unii copii își încep devreme învățarea motrică (sub acțiunea stimulării familiei), alții ajung doar la rezultate modeste deși sînt intens stimulați. Copiii care au evoluție lentă vor fi considerați drept neîndemînatici, deoarece ei nu prezintă un retard mental, motric sau senzorial.

Autorii anglo-saxoni includ acești copii în cadrul vast al grupului"Minimal Brain Dysfunction" (M.B.D.), în care intră mai ales imaturitatea, adică retardul de dezvoltare. Principalele aspecte clinice întîlnite în cadrul tulburărilor de învățare a

funcţiei motrice, sînt reprezentate de retardul simplu al dezvoltării motorii, debilitatea motorie, apraxia şi dispraxia, tulburările de scris (P.Debray-Ritzen, 1982, p1).

Retardul simplu al dezvoltării motorii se evaluează, pornind de la scalele de dezvoltare motorie. Pentru realizarea acestui deziderat, trebuie cunoscute valorile normale, pentru fiecare grupă de vîrstă în parte. Fără cunoaşterea valorilor de grup, orice tentativă de recuperare a acestor copii nu va fi în măsură să ofere bilanţuri terapeutice credibile.

Un retard motor, de un anumit nivel, poate avea consecinţe complexe. Astfel, un mers tardiv limitează posibilitatea de autonomie, de explorare al spaţiului. Totuşi, un retard într-un sector poate fi compensat printr-o dezvoltare rapidă în altul. Astfel unii copii, care merg maii tîrziu au în schimb o prehensiune precoce (J.S.Tecklin, 1989, p.17).

Retardurile motorii pot fi tranzitorii, situaţie în care recuperarea lor nu pune decît probleme de timp.

Debilitatea motrică este întîlnită la copiii cu o inteligenţă normală, dar cu tulburări majore ale dezvoltării motorii. Această entitate a fost descrisă de E. Dupré în 1907 (citat de J.J Guillarmé, 1982, p.29) pentru a încadra copiii care „sînt neîndemînatici în mişcările lor voluntare, dar au şi reflexe tendioase ades exagerate, sincinezii importante asociate cu alte aspecte semiologice esenţiale reprezentate în special de paratonie".

Debilitatea motrică se caracterizează aşadar prin neîndemînare, sincinezii şi paratonii. *Neîndemînarea* afectează atît postura şi mersul (comportamentul global) cît şi adaptarea gestului motric la ţelul propus (comportamentul particular).

Sincineziile reprezintă dificultăţi de disociere şi individualizare a mişcărilor, clasificîndu-se în sincinezii de difuziune tonico-cinetică şi de difuziune tonică.

Paratoniile se manifestă sub forma unor dificultăţi de relaxare musculară voluntară. Aceste tulburări nu au o bază neurologică precisă şi sînt frecvent însoţite de tulburări ale schemei corporale şi de organizare spaţială.

Apraxia şi dispraxia După R.Dailly (1980, p.10) apraxia poate fi înţeleasă ca o regresie a unor performanţe ce au fost deja obţinute. La polul opus se plasează dispraxia ce include problemele de învăţare a unei anumite performanţe gestuale.

După Gh. Pendefunda, (1992, p.144) apraxiile pot fi globale, specifice unei funcţii şi localizate.In cadrul apraxiilor *globale* se disting cele ideo-motorii, ideatorii şi constructive. Apraxiile *ideo-motorii* pot fi bilaterale sau unilaterale. Apraxia ideo-motorie bilaterală este asociată cu tulburări de schemă corporală, iar cea unilaterală stîngă este însoţită de obicei de hemiasomatognozie şi defecte de explorare a cîmpului vizual de aceiaşi parte.

Bolnavul cu apraxie ideo-motorie descrie corect gestul, pe care îl execută spontan dar nu îl poate realiza după un ordin. Apraxia *ideatorie* este bilaterală şi se însoţeşte de dezorganizarea schemei acţiunilor şi gesturilor. Pacientul nu poate executa un act, care are, un scop precis.

În *apraxia constructivă,* bolnavul nu poate executa un desen simplu, nu poate aranja în ordine elementele unui joc de construcţii.

În cadrul apraxiilor *specifice unor funcţii* se disting cele de îmbrăcare şi de mers. În *apraxia de îmbrăcare* bolnavul nu are capacitatea de a se îmbrăca corect, iar în cea *de mers* el se deplasează doar cu sprijin. Apraxiile *localizate* apar în special la nivelul buco-facial.

Claudine Amiel-Tison (1994, p.244) aduce în discuţie *dispraxia de dezvoltare* în care execuţia actelor motorii complexe este sumară, deşi nu a fost diagnosticat un deficit motor elementar (spasticitate, pareză sau ataxie). Dispraxiile de dezvoltare includ şi displaxia constructivă cauzată, în special, de o tulburare de dezvoltare vizualo-spaţială.

După H.Wallon, (citat de R. Dailly, 1980, p.10) dispraxiile mai pot fi şi de postură, verbale, obiective, faciale. In *dispraxiile de postură* se manifestă incapacitatea de individualizare a diferitelor posturi. *Dispraxiile verbale* sînt reprezentate de dificultăţi de coordonare ce apar între mesajul verbal şi realizarea motrică. În *dispraxiile obiective* se evidenţiază o perturbare a relaţiei cu obiectele din mediul exterior. În *dispraxiile faciale* apare o afazie motorie ce corespunde dispraxiilor buco-lingo-faciale ale adultului. În cadrul acestor dispraxii pot fi incluse şi cele oculare ce corespund unor tulburări ale strategiei oculomotrice, precum şi cele palpebrale ce se manifestă ca o imposibilitate de menţinere a ochilor deschişi la ordin.

Tulburările de scris. În acest caz, în discuţie sînt tulburările practo-gnozice studiul lor separat fiind motovat de faptul că sînt legate de limbaj. In această situaţie disgrafia, defineşte o tulburare motorie de realizare spaţială a semnelor grafice, pe cînd disortografia este o tulburare de limbaj şi este apropiată de dislexie.

J. Ajuriaguerra (1980, p.238), propune următoarea clasificare a tulburărilor de scris:rigiditatea dispare în condiţiile unui scris rapid, ea fiind caracterizată printr-un control excesiv al gestului motric; scrisul relaxat, dar cu litere şi spaţii neregulate; la copiii impulsivi poate apare o organizare precară a paginii însoţită de omisiuni ale unor litere; copii neîndemînatici; scrisul lent dar precis. Acest autor a realizat o scară cu 15 itemi motorii, după care a calculat un cît grafomotric.

Tulburări motorii de comportament. Aceste tulburări apar ca urmare a unor probleme de personalitate, a unor dereglări la nivelul echipamentului biologic sau maturizării neurobiologice, precum şi datorită unor probleme afective.În acest cadru, intră discoordonarea tonico-motorie şi tonico-emoţională, ticurile, sindromul hiperkinetic.

Discoordonarea tonico-motorie şi tonico-emoţională se manifestă clinic prin paratonii, stări tensionale, incontrol emoţional, şi reacţii de prestanţă.

Paratoniile sînt considerate ca un semn major în cadrul debilităţii motrice, sau pot avea semnificaţii diverse în funcţie de vîrstă şi de expresia clinică a manifestărilor bolii. J. Berges descrie paratoniile de fond (manifestate prin frînarea globală a mobilizării pasive)şi de acţiune (frînarea mişcărilor pasive la un anumit grad de amplitudine). Acest autor scoate în evidenţă diferenţa dintre paratonia definită de Dupré (ce reprezintă incapacitatea de relaxare voluntară) şi cele de fond şi de acţiune (reprezintă incapacitatea legată de pasivitatea tonico-motrică). Manevra de mobilizare pasivă este, după J. Berges, o capcană pentru paratonia de fond şi o piedică în paratonia de acţiune (citat de R. Dailly, 1980, p.9).

Frecvent, paratoniile sînt asociate cu sincinezii. Unii autori pun în evidenţă relaţia care există între paratonie şi alte fenomene comportamentale şi neurofuncţionale. Ei demonstrează în acest fel, legătura care există între tulburările anatomice şi cele funcţionale. Aceste dezechilibre sînt practic expresia motrică a perturbării relaţiei ce există între corp şi mediul înconjurător.

Stările tensionale sînt frecvent întîlnite la sugarii a căror mame au avut sarcini cu probleme şi care sînt hrăniţi artificial sau îngrijiţi necorespunzător. Clinic aceste

stări se manifestă prin hiperactivitate cronică, hipertonie musculară, stupoare funcţională cu hipotonie musculară.

La copii mai mari aceste fenomene apar ca o reacţie de apărare împotriva stărilor anxioase şi se manifestă prin: crampe, mişcări lente, spasme viscerale, tremurături.

Reacţiile de prestanţă traduc jena, ruşinea resimţite în anumite situaţii. Copilul are o acţiune de sfidare, încearcă să facă o impresie bună dar exagerată. Aceste reacţii demonstrează dificultăţi relaţionale, ele reprezentînd expresia posturală a acestor probleme.

Ticurile. Sub denumirea de tic, se defineşte o mişcare cu caracter repetitiv, involuntară, stereotipă, de aspect convulsiv, dobîndită inconştient. Geneza acestor „expresii" motrice a suscitat mult interes, motiv pentru care cîteva opinii în acest sens vor fi prezentate în continuare.

Ele sînt considerate ca fiind nişte execuţii subite şi imperioase, involuntare şi absurde, repetate la intervale neregulate, dar destul de apropiate, a unor mişcări simple sau complexe ce reprezintă în mod obiectiv un act adaptat unui anumit scop.

După M.Dugas (1981, p.4), ticurile se clasifică în minore, simptomatice şi de apartenenţă la maladia Gilles de la Tourette.

Ticurile minore sînt de amplitudine redusă, simple, unice, niciodată repetitive, deci tranzitorii şi dispar spontan.

Ticurile simptomatice. Prezenţa lor traduce totdeauna o tulburare afectivă moderată, chiar minoră, ce demonstrează o tulburare afectivă refulată, ca expresie a unei anxietăţi, de care copilul nu se poate debarasa. Originea acesteia regăsindu-se în situaţiile conflictuale din mediul familial în care copilul trăieşte.

Maladia Gilles de la Tourette se caractertizează prin ticuri repetitive, în cascadă, persistente, asociate totdeauna şi cu tulburări psihice.

Ticurile pot fi localizate la nivelul feţei (clipit al pleoapelor), la nivelul capului şi al gîtului, la nivelul membrelor superioare (ridicarea umărului), al trunchiului şi al abdomenului (ticul de salutare), al membrelor inferioare (aspect de salt sau de dans), ticuri respiratorii, ticuri fonatorii şi verbale (strigăte nearticulate), ticuri digestive (de deglutiţie).

Sindromul hiperkinetic (instabilitatea psihomotorie) a fost descris de autorii americani Strauss şi Lethinen in 1947 şi corespunde termenului de instabilitate psihomotorie folosit în Franţa.Sindromul hiperkinetic este inclus în cadrul „Minimal Brain Disfunction" sau M.B.D. cauzat de leziuni cerebrale minore.

P. Debray-Ritzen, (1982, p. 2) asociază fenomenele de dezechilibru psihomotor cu imaturitatea psihomotorie, cu sindromul hiperkinetic sau cu alte tulburări neurologice. La aceste fenomene clinice se pot adăuga tulburările de limbaj ce merg de la un retard uşor pînă la dislexie. Totuşi copilul cu M.B.D. prezintă un nivel intelectual normal.

J. Ajuriaguerra, (citat de J.Maillet, 1997, p.39) deosebeşte două forme extreme ale acestui sindrom. O formă în care predomină tulburările motorii de tip subcoreic, care poate fi legată de un defect de inhibiţie a hiperreactivităţii copilului, în care factorul afectiv joacă un rol secundar. A doua formă se caracterizează prin probleme ale relaţiei cu mediul înconjurător (predomină tulburările afectivo-caracteriale. Copilul prezintă instabilitate psihomotorie ce se manifestă clinic printr-un ritm gestual, un mers şi o gestică accelerate, permanente şi rău coordonate. Părinţii fac următoarea afirmaţie „copilul nu rămîne locului un minut", dar această activitate este dispersată, impulsivă, rău controlată. Pe plan psihic apare o atenţie labilă, greu de fixat, dificultăţi de concentrare a atenţiei asupra unei ocupaţii sau într-o relaţie.

Partea a II-a

CADRUL PSIHOPEDAGOGIC AL EDUCĂRII ŞI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

Partea a II-a

CADRUL PSIHOPEDAGOGIC AL EDUCĂRII ŞI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

ORGANIZAREA ACTIVITĂŢII EDUCATIVE ŞI REEDUCATIVE ÎN PSIHOMOTRICITATE

Activitatea educativă cît şi cea reeducativă trebuie să se bazeze pe un plan de activitate care să cuprindă principalele componente, prin intermediul cărora terapeutul acţionează pentru îndeplinirea obiectivelor propuse.

În cazul activităţilor educative se urmăreşte ca subiectul să fie orientat spre însuşirea elementelor de cunoaştere şi de dobîndire a capacităţilor motrice, prin intermediul cărora să poată intra în relaţie cu mediul şi cu alţi parteneri.

În cazul activităţilor de reeducare, subiectul este în situaţia de a acţiona pentru a redobîndi, la nivelul particularităţilor sale de vîrstă, elementele de cunoaştere ce au fost ratate sau a capacităţilor motrice care, din varii motive, au fost incorect dobîndite, acestea fiind într-o stare precară de funcţionalitate.

Întocmirea planului terapeutic este un atribut al educatorului sau terapeutului, care trebuie să aibă ca punct de pornire cunoaşterea subiectului sub toate aspectele: se impune a investiga nivelul de cunoaştere al copilului, pentru a şti cum se orientează în drumul de la „gîndire la acţiune"; se urmăreşte modul în care acţiunile sînt consecinţa unor engrame bine stabilite şi eficient utilizate; se urmăreşte capacitatea copilului de a corela acţiunile motrice cu mediul ambiant; este necesar să se asigure înţelegerea şi concretizarea comenzilor enunţate de către educator sau reeducator; să se ţină cont de posibilităţile şi limitele motrice ale copilului.

Modalităţile de punere în evidenţă a capacităţilor motrice ale copilului sînt concretizate prin selecţionarea mijloacelor, în funcţie de scopul urmărit. Dacă perspectiva vizează educaţia pe plan motric, se utilizează bateria de teste prin care se evaluează potenţialul psihomotric al copilului. Dacă vizează reeducarea pe plan psihomotric, se utilizează evaluarea restantului funcţional, atît în faza iniţială cît şi la nivel de etapă, avînd rolul de a aprecia modul în care mijloacele utilizate s-au înscris sau nu în limitele prognozate. Reeducarea psihomotrică nu este o simplă acumulare de exerciţii de gimnastică sau de kinetoterapie. Ea are întotdeauna influenţă asupra dezvoltării individuale şi de personalitate; această influenţă se exercită de-a lungul unei relaţii stabilite în cursul tratamentului (J.J. Guillarmé, 1982, p. 131).

Planul de activitate educativă este întocmit de către educator care, prin nivelul său de pregătire, prin experienţa practică dobîndită, prin condiţiile materiale pe care le are la dispoziţie, prin obiectivele pe care le urmăreşte, îi conferă legitimitatea de a modela corespunzător grupul de copii pe care îl conduce. Fiind orientat de programă, el are dreptul şi chiar obligaţia de a pune în valoare atributele originalităţii acţiunilor

sale, în avantajul celor pe care îi îndrumă și îi formează, pentru a fi capabili de rezultate superioare.

Pe plan psihomotric, activitatea reeducativă are un caracter individual, fapt ce-i conferă o particularitate deosebită. Relația specială din cadrul procesului de reeducare psihomotrică „mobilizează afectele reciproce, probează pe fiecare dintre protagoniști și are răsunet asupra ansamblului relațiilor lor".

În acest context, planul de reeducare are în vedere doar elementele de bază, rezultate în urma evaluării potențialului psihomotric, situație în care terapeutul constată unele carențe în evoluția psihomotrică a copilului.

Planul cuprinde doar direcțiile de acționare, fiind, de fapt, rezultatul observațiilor de fiecare moment asupra modului în care copilul se adaptează la sistemul de mijloace utilizat și care vor constitui temelia pe care se clădesc în viitor noile conduite terapeutice.

În acest sens, J.J. Guillarmé (1982, p. 149) afirmă: „proiectul reeducativ se construiește pas cu pas în funcție de evoluția lucrurilor. El este, într-un anumit fel, punctual și nu anticipează cu adevărat viitorul".

Utilizarea sistemului de mijloace, atunci cînd în atenție este cuprins un copil cu tulburări psihomotrice, se singularizează prin strategia care se aplică, prin ambianța în care se desfășoară, prin sistemul de relații care se stabilește între cei doi protagoniști. Procesul de reeducare psihomotrică trebuie să fie clădit pe structuri bine definite, care să fie în acord cu natura tulburării, dar și cu opțiunile copilului. În acest sens, se apreciază modul în care copilul înțelege care sînt cauzele ce au determinat participarea la acest gen de activitate; atitudinea pe care o are față de mijloacele utilizate de către terapeut, modul în care se implică în desfășurarea lor; ce perspectivă consideră că are pentru a remedia stările de disconfort pe plan psihic și motric.

Prezența copilului în fața terapeutului este „acoperită" de multe semne de întrebare pe care trebuie să le „dezlege" pentru a afla cauzele ce au determinat tulburările psihomotrice și pentru a fundamenta teoretic și practic modalitățile de a le remedia.

Factorii ce determină educarea și reeducarea psihomotrică

Corpul, prin structură, prin modul în care se manifestă, prin realitatea pe care o prezintă, prin posibilitățile sale de exprimare, prin capacitatea de acumulare și de redare a experienței, prin trăirile sale, scoate la lumină adevărata sa existență.

Corpul se prezintă sub toate aspectele sale – și bune, și rele. El, corpul, nu poate ascunde realitatea, prin el sînt exprimate bucuriile și supărările, veridicitatea și visele, împlinirile și eșecurile, dar și armonia și tulburarea, suplețea și rigiditatea, elemente ce oferă condiții optime de lecturare a unui corp.

Corpul este implicat efectiv în viața mentală, în sensul că pune în valoare procesele cognitive. Forma concretă prin care se manifestă aceste procese este reprezentată de către limbajul trupului. Corpul, în general, dar mai ales fața și mîinile sînt cei mai buni mesageri ai gîndurilor exprimate involuntar.

Copilul, cînd știe că este observat, chestionat, supus unor probe, nu se prezintă ca fiind el însuși. Dar și terapeutul, cu toată experiența acumulată, trebuie să se

schimbe pentru a oferi copilului o parte din cunoştinţele sale, prin intermediul cărora urmăreşte să-l conducă la îmbunătăţirea existenţei sale corporale.

Corpul există şi se manifestă în spaţiu şi timp. Evoluţia unui copil este pusă în lumină prin nivelul în care reuşeşte să-şi armonizeze acţiunile, în strictă concordanţă cu dimensiunile spaţiale şi temporale.

Avînd clar stabilită imaginea propriului corp, copilul poate executa mişcări şi gesturi în spaţiu, fapt ce îi oferă condiţii pentru a accede şi la timp. În momentul în care copilul se adaptează la spaţiu şi execută mişcările şi gesturile în concordanţă cu reperele spaţiale, va fi capabil să se adapteze şi la dimensiunile temporale, concretizate prin reţinerea noţiunilor de durată şi ritm. În condiţiile în care copilul nu poate aprecia spaţiul, prin intermediul corpului sau al privirii, va întîmpina mari dificultăţi în a se încadra în dimensiunile temporale.

La începutul procesului de recuperare, copilul trebuie să pornească de la importanţa pe care o au tulburările respective pentru sine, iar faptul că acceptă să-şi refacă imaginea propriului corp constituie un punct de referinţă, de bun augur, pentru terapeut.

Sistemul de mijloace utilizat trebuie să fie acceptat şi efectuat cu înţelegere, plăcere şi naturaleţe de către copil. Corpul terapeutului trebuie să se prezinte ca un model, ce manifestă înţelegere, dispus să susţină un „dialog tonic şi gestual" care trezeşte interesul şi aprecierea copilului.

Terapeutul nu se poate prezenta ca un „indicator" plin de plictiseală şi de dezordine în gesturi şi mişcări. În faţa copilului, el are datoria de a fi mereu cu sufletul deschis, iar corpul lui să permită identificarea stărilor de apropiere dintre parteneri.

În condiţiile în care copilul consideră că este constrîns de părinţi să accepte procesul de recuperare, fără participarea sa conştientă şi activă, asimilarea şi înţelegerea componentelor afectate vor avea puţine şanse de a intra în patrimoniul său corporal.

Factorii care conduc la obţinerea reuşitei în procesul de reeducare psihomotrică

Efortul depus de terapeut pentru a obţine rezultate corespunzătoare, în procesul de reeducare psihomotrică, trebuie să fie susţinut de participarea copilului, în sensul ca acesta să aibă capacitatea de a înţelege conţinutul sistemului de mijloace cu care acţionează; să fie pregătit pentru a reţine elementele pe care terapeutul le prezintă; să manifeste deschidere şi să persevereze în direcţia corectării tulburărilor de psihomotricitate; să dobîndească capacitatea de a-şi organiza timpul afectat procesului de recuperare pentru a obţine un randament sporit; să aprecieze corect efectele acţiunilor pe care le execută şi să analizeze cu obiectivitate greşelile, pentru a reuşi să-şi îmbunătăţească stilul de activitate motrică; să beneficieze de un proces de pregătire de o calitate corespunzătoare, fapt ce va contribui la creşterea potenţialului său psihomotric.

Aceşti factori au o valoare practică deosebită întrucît terapeutul va alege metodele de lucru în funcţie de: nivelul de dezvoltare (fizic, psihic, comportamental); de vîrsta lui cronologică raportată la cea biologică, cît şi de aptitudinea copilului de a utiliza eficient timpul pe care îl are la dispoziţie în procesul de reeducare.

Corectarea tulburărilor de psihomotricitate este un proces de dobîndire ierarhizată a acelor acţiuni care, prin structura lor, au pricinuit copilului dificultăţi de încadrare în cerinţele generale.

Esenţa unui proces eficient de învăţare constă în dezvoltarea gîndirii abstracte, în crearea independenţei şi iniţiativei în soluţionarea problemelor cu care se confruntă. Bineînţeles, ea trebuie să se bazeze pe cultivarea motivaţiei. Este necesar, de fapt, un progres al tuturor proceselor psihice (A. Cosmovici, 1998 p50).

În fapt, aceste componente trebuie să le realizeze terapeutul în procesul de reeducare pe plan psihomotor, întrucît copilul este în situaţia de a-şi restructura conduitele motrice de bază, conduitele neuromotrice sau conduitele şi structurile perceptiv-motrice. Este de menţionat că nu toate formele de manifestare a acestor conduite sînt afectate simultan în activitatea practică, însă terapeutul trebuie să le cunoască şi să le prelucreze etapizat, pentru a obţine din partea copilului capacitatea de autocontrol al bagajului său psihomotric.

Obiectivele procesului de reeducare psihomotrică

Obiectivele reprezintă conturarea aşteptărilor ca urmare a acţiunilor de recuperare. Ele definesc modul în care trebuie să se comporte copilul, după ce a parcurs procesul de „reeducare a funcţiilor instrumentale" în vederea echilibrării profilului său psihomotric.

Obiectivele, în general, sînt ierarhizate pe trei niveluri: obiective generale, de generalitate medie şi operaţionale.

Prin valoarea lor, obiectivele generale reprezintă finalităţi de maximă generalitate, a căror orientare coincide cu scopurile de bază ale organizării procesului de recuperare.

Ordonarea obiectivelor generale vizează trei domenii: cognitiv, afectiv şi psihomotor.

Pentru scopurile urmărite în cadrul acestei lucrări, abordarea obiectivelor psihomotorii se situează în punctul central al analizei. Pentru domeniul psihomotor se foloseşte „criteriul relativei dificultăţi" sau al gradului de stăpînire a unei deprinderi motrice.

- *Percepţia* pregăteşte deprinderea motrică, ajutînd la descifrarea ei senzorială şi la stimularea însuşirii ei.
- *Dispoziţia* creată oferă starea de pregătire pentru efectuarea unui act motor.
- *Reacţia dirijată* constituie deprinderea pe baza componentelor discriminate.
- *Automatismul* coincide cu deprinderea finalizată. Reacţia complexă exprimă însăşi structura psihomotorie complexă, lesne şi cu eficacitate executorie.

Corpul uman poate fi privit în relaţie cu sine, cu alţii şi cu mediul în care trăieşte.

Relaţia cu sine este analizată sub raportul coordonării sale posturale, bazată pe reflexe, cu componentele sale spaţiale, energetice şi ritmice. Reflexele spaţiale cuprind axa corporală şi aliniamentul corect al scheletului, cele energetice sînt concentrate pe forţele interne şi externe care acţionează asupra corpului, iar cele ritmice au la bază frecvenţa cardiacă şi ritmicitatea respiratorie.

Percepţia propriilor mişcări este apreciată ca un reflex condiţionat, în care se îmbină componentele proprioceptive cu cele exteroceptive, iar percepţiile spaţiale cu cele temporale.

Relaţia cu alte persoane este esenţială deoarece eul corporal este perceput în relaţie cu un partener privilegiat, care asigură cadrul protector. Acest partener este, de

obicei, mama, care prin contact tegumentar, surîs, mimică, voce va asigura dezvoltarea eului corporal al copilului. Crescînd, copilul vine în contact şi cu alte persoane, condiţie în care începe să perceapă mişcarea lor şi va încerca să imite acţiunile. În acest fel, copilul va raporta propriile mişcări la cele ale altor persoane din anturaj. Iniţial, el copiază „modelul", dar, ulterior, pe baza experienţei acumulate, mişcările devin mai precise şi mai diversificate, dobîndind personalitate distinctă.

Relaţia cu mediul înconjurător este realizată cu ajutorul mamei, care oferă copilului posibilitatea de a înţelege mediul exterior şi mişcarea obiectelor. Mişcarea obiectelor în spaţiu este apreciată prin intermediul aparatului vizual şi concretizată prin formarea imaginii pe retină, prin mişcarea ochilor şi a capului. Aceste acţiuni asigură menţinerea obiectului în cîmpul vizual. Obiectului perceput în spaţiu i se adaugă componente de timp, ceea ce conduce la apariţia percepţiei mişcării, în condiţiile în care apare deplasarea obiectului, a persoanelor sau a observatorului. Modul de studiu al mişcării obiectelor, a persoanelor sau a observatorului se realizează, practic, printr-o formă atractivă de joc.

Pe plan psihomotric, aceste referinţe au o valoare deosebită, întrucît conturează elementele care contribuie la dezvoltarea copilului pe plan cognitiv, afectiv şi motric.

Obiectivele care contribuie la realizarea scopului procesului de reeducare psihomotrică trebuie să fie stabilite pornind de la următoarele cerinţe: să corespundă nivelului de dezvoltare a copilului în etapa respectivă de lucru; să vizeze dificultăţile ce pot fi abordate la perioada respectivă; să fie reale, în sensul că vor fi planificate acţiuni ce pot fi asociate cu experienţa dobîndită pînă în acel moment; să fie cît mai variate, fiind concepute pentru a depăşi nivelul reproducerii unor informaţii; să abordeze schimbările ce urmează a se produce în componentele psihomotrice ale copilului.

Este important de precizat că, prin stabilirea obiectivelor, terapeutul va enunţa conţinutul activităţii ce urmează a fi efectuată de către copil pentru a dobîndi un potenţial psihomotric corespunzător.

Conturarea obiectivelor psihomotrice permite înţelegerea şi aprecierea modului în care se formează sistemul de mişcări prin intermediul cărora se poate acţiona în orice condiţii şi în diverse situaţii, pe baza propriilor decizii, cu eficienţă, spontaneitate şi rapiditate.

În procesul de reeducare, obiectivele sînt axate pe acele componente care trebuie să asigure un potenţial corespunzător al manifestărilor pe planul relaţiilor cu sine, cu alţii şi cu mediul înconjurător.

În acest sens, importante sînt acele obiective care vizează: dezvoltarea simţului chinestezic, al percepţiei complexe a mişcărilor; dobîndirea capacităţii de mişcare a corpului şi de adaptare la diferite solicitări, de stăpînire a mediului în care trăieşte; refacerea nivelului priceperilor şi deprinderilor afectate din cauze interne sau externe; consolidarea componentelor de bază ale psihomotricităţii: conduitele motrice de bază, conduitele neuromotrice şi conduitele şi structurile perceptiv-motrice; formarea deprinderilor de comportare corectă în familie, în colectivul de la şcoală şi în societate; însuşirea mijloacelor de comunicare verbală şi scrisă; dobîndirea unui nivel motric corespunzător care să ateste efectuarea, dirijarea şi reglarea corectă a acţiunilor.

Principiile reeducării în psihomotricitate

Aplicarea eficientă a procesului de reeducare în psihomotricitate este, în bună parte, determinată de următorii factori: nivelul de înţelegere de către părinţi a faptului că tulburările de psihomotricitate pot influenţa negativ evoluţia copilului; tendinţa manifestată pe plan mondial potrivit căreia corectarea tulburărilor de psihomotricitate este o cerinţă a societăţii moderne; formarea opiniei potrivit căreia tulburările de psihomotricitate au repercusiuni asupra comportamentului motric, cognitiv, verbal şi social-afectiv; prevenirea şi corectarea acestor tulburări vor asigura un potenţial ridicat de adaptare a copilului la cerinţele şcolare, apoi la cele profesionale. Principiile care stau la baza procesului de recuperare a celor ce prezintă tulburări de psihomotricitate au un caracter general, întrucît sînt afectate motricitatea şi dominanta sa psihică

Pornind de la opinia lui A. Lapierre (1976, p. 365), potrivit căreia „toată reeducarea este esenţialimente psihomotrică", întreg sistemul de principii este orientat în această direcţie.

• *Principiul antrenării precoce* a copilului se impune atunci cînd apar primele semne ale tulburărilor de psihomotricitate. Este imperios necesar ca asistentele medicale, educatorii şi învăţătorii să fie pregătiţi pentru a înţelege, cunoaşte şi depista, încă de timpuriu, modul de manifestare a unor tulburări. Antrenarea precoce a copilului este de natură a forma şi dezvolta unele deprinderi motrice corecte, fapt ce-i va influenţa viaţa psihică şi motrică.

• *Principiul activării sau al creşterii gradate* a sistemului de solicitări – terapeutul, prin probe specifice, va stabili potenţialul motric şi va depista tulburările de bază şi cele asociate, necesare pentru întocmirea planului de acţiune. Cu această ocazie, se stabilesc parametrii în interiorul cărora va acţiona în interiorul fiecărei etape. Creşterea gradată a solicitărilor îl obligă pe trerapeut să asigure permanent un nivel corespunzător al stimulilor, pentru a reuşi să producă noi adaptări ale organismului copilului. Terapeutul, pe lîngă stabilirea mijloacelor de acţionare, trebuie să aprecieze corect şi nivelul solicitărilor, pentru a avea sub control progresele înregistrate, dar să fie în măsură să poată aprecia, în orice moment, cauzele stagnărilor sau chiar ale regreselor pe care copilul le întîmpină.

• *Principiul cooperării* este direcţionat în sensul colaborării fructuoase cu copilul, familia şi şcoala. Colaborarea cu copilul are o contribuţie hotărîtoare la obţinerea unor rezultate superioare. Cooperarea instaurează buna înţelegere, armonia şi stimulează comportamentul deschis, conştient, ceea ce facilitează succesul. Cooperarea determină creşterea respectului de sine, încrederea în forţele proprii, diminuarea anxietăţii pe care copilul o resimte la contactul cu terapeutul. Cooperarea determină manifestarea atitudinilor pozitive faţă de terapeut

Colaborarea cu familia este importantă, întrucît în discuţiile pe care copilul le are cu părinţii, aceştia trebuie să susţină acţiunile terapeutului. Părinţii trebuie să-l stimuleze şi să asigure condiţii pentru ca activităţile uzuale să fie executate cît mai corect de către copil. În acest fel se creează o relaţie trainca între programul preconizat de terapeut şi viaţa şi activitatea din cadrul familiei.

Colaborarea cu şcoala este de natură să susţină activitatea copilului în cadrul procesului de recuperare. Un ajutor deosebit îl pot oferi dirigintele şi profesorul de

educaţie fizică. Dirigintele, cunoscînd tulburările pe care le are copilul, poate interveni pentru a-l determina să continue programul de recuperare. Profesorul de educaţie fizică, cunoscînd dificultăţile pe care le are în îndeplinirea programului, trebuie să fie alături de copil şi să-l apere de răutăţile colegilor, iar în legătură cu îndeplinirea cerinţelor să manifeste înţelegere, fără a blama incapacitatea copilului

• *Principiul diversităţii sistemului de mijloace* conduce la asigurarea unui climat atractiv de lucru, la cointeresarea copilului în execuţii tot mai corecte, la dobîndirea bagajului motric planificat cît mai temeinic şi fără conflicte

Diversitatea mijloacelor vizează:

– varietatea mijloacelor, care contribuie la îmbunătăţirea potenţialului psihomotric al copilului;
– adaptarea sistemului de mijloace la particularităţile de vîrstă ale copilului;
– utilizarea în alternanţă a componentelor de bază ale psihomotricităţii oferă copilului posibilitatea de a conştientiza dificultăţile pe care le are;
– diversitatea metodelor de lucru trezeşte interesul şi dorinţa de a face progrese în dobîndirea capacităţii de mişcare a copilului.

• *Principiul normalităţii funcţionale* se constituie ca obiectiv major al procesului de reeducare. Este finalitatea spre care tinde fiecare terapeut, este bucuria muncii împlinite, este scopul pe care trebuie să-l atingă şi care vine să confirme calitatea muncii depuse.

Din momentul preluării cazului şi în cadrul fiecărei etape de lucru au fost fixate obiective care au urmărit să asigure şi să menţină mijloacele optime de reeducare, să-i redea copilului bucuria de a trăi şi de a se adapta la viaţa familială şi şcolară.

• *Principiul planificării.* Activitatea, indiferent de forma sa de organizare, de scopul urmărit şi de finalitatea spre care tinde, are ca punct de plecare planificarea activităţii. A planifica înseamnă a stabili parametrii funcţionali prin intermediul cărora se poate ajunge la corectarea tulburărilor de psihomotricitate pe care le prezintă copilul, înseamnă, de fapt, a stabili reperele pe baza cărora terapeutul îşi „clădeşte" sistemul de mijloace, prin intermediul cărora va acţiona, înseamnă a cunoaşte copilul ce urmează să fie supus procesului de reeducare.

Reperul principal pe care se clădeşte planificarea priveşte cunoaşterea copilului prin intermediul bateriei de teste ce ne oferă date sigure privitoare la carenţele pe plan psihomotric. Acest reper este completat prin: cunoaşterea mediului familial şi al personalităţii părinţilor; anamneza vieţii copilului, a comportamentului său în familie şi la şcoală; nivelul mental (Q.I.); teste proiective; eventual, examen neurologic.

Datele, obţinute astfel, au rolul de a orienta terapeutul, întrucît pe aceste date se clădesc planificarea sistemului de mijloace; etapele de lucru; momentele prin care se apreciază evoluţia copilului (probe de control); stabilirea momentului optim, considerînd că au fost realizaţi parametrii funcţionali.

Planificarea activităţii de reeducare este un demers ce conduce la anticiparea obiectivelor, a conţinutului, a metodelor şi mijloacelor de instruire, a instrumentelor de evaluare şi a relaţiilor care se stabilesc între aceste componente, în contextul procesului de reeducare a tulburărilor de psihomotricitate.

EVALUAREA ÎN PROCESUL DE EDUCARE ŞI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Evaluarea reprezintă un ansamblu de acţiuni care sînt într-o strînsă interdependenţă cu scopul urmărit şi cu mijloacele utilizate pentru a îndeplini obiectivele procesului de reeducare în psihomotricitate.

Scopul evaluării îl constituie stabilirea unor judecăţi de valoare asupra eficienţei acţiunilor, a procedeului de lucru şi a modului în care copilul s-a adaptat la sistemul de cerinţe. Analiza modului în care este direcţionată evaluarea scoate în evidenţă următoarele aspecte: verifică nivelul acumulărilor dintr-o anumită perioadă a dezvoltării; pune în evidenţă modul în care au fost utilizate mijloacele, ţinînd cont de particularităţile fizice, psihice şi comportamentale ale copilului; evidenţiază progresele, stagnările şi, eventual, regresele înregistrate de copil într-un anumit interval de timp; sînt informaţi copilul şi părinţii asupra capacităţii de adaptare la solicitări şi perspectivelor metodologice de lucru, pe care trebuie să le înţeleagă şi să le conştientizeze.

Pornind de la aceste adevăruri şi luînd în considerare obiectivele majore ale procesului de reeducare psihomotrică, se pot evoca (stabili) următoarele funcţii ale evaluării: de constatare, informare, diagnosticare, prognozare, decizie şi pedagogică (C. Cucoş, 1998, p. 178).

Funcţia de constatare vizează următoarele forme:

– *constatarea preliminară* se referă la faptul că, la începutul procesului de reeducare, terapeutul, după ce a discutat cu părinţii, care au relatat despre situaţia copilului şi au prezentat recomandările medicului şi psihologului, are o discuţie cu copilul (în absenţa părinţilor), din care deduce unele aspecte privitoare la starea pe care o conştientizează copilul, modul în care el vede dificultăţile pe care le are şi cum considă că pot fi acestea înlăturate;

– *constatarea curentă* – în interiorul fiecărei etape de lucru, terapeutul îşi notează toate aspectele majore legate de evoluţia copilului, în timpul desfăşurării procesului de reeducare psihomotrică. Aceste constatări sînt de natură să contribuie la înţelegerea cauzelor care au generat tulburările sau dificultăţile pe care le prezintă copilul;

– *constatările etapizate* sînt elemente care rezultă din analiza probelor de cotrol, stabilite la intervale bine determinate şi care au ca puncte de reper anumiţi parametri pe care copilul îi prezintă în acel moment, pentru a ilustra, cu date concrete, progresele înregistrate într-un interval de timp bine definit. Acest tip de constatare are o valoare pedagogică deosebită, întrucît ea pune în evidenţă progresele

înregistrate de copil în etapa respectivă, asigurînd, astfel, şi datele necesare pentru pregătirea etapei următoare de tratament.

Funcţia de diagnosticare

Copilul se prezintă cu diagnosticul stabilit de medicul de familie sau de cel şcolar, dar şi de psihologul şcolar. Fără a avea intenţia de a contesta diagnosticul, terapeutul supune copilul la o baterie de teste, specifice activităţii sale, pentru a pune în evidenţă nivelul tulburărilor de psihomotricitate, componentele motrice afectate, raportul dintre vîrsta cronologică şi cea motrică, unele aspecte specifice bilanţului psihomotric. În acest mod, prin contribuţia psihologului, terapeutul are la dispoziţie date sigure privind coeficientul de dezvoltare (Q.D.), coeficientul intelectual (Q.I.) şi de lateralitate (Q.L.), date care vor sta la baza întocmirii programului, pentru următoarea etapă a planului terapeutic.

Funcţia de informare

Este o latură importantă a procesului de reeducare, întrucît sînt implicaţi, pe lîngă familie şi şcoală, medicul şi psihologul şcolar.

Scopul informării acestor factori este de a contribui, în limita sferei lor de cunoştinţe, la lărgirea sistemului de mijloace, prin intermediul cărora familia poate înţelege că eforturile care se depun sînt susţinute şi urmărite de toţi cei care au datoria de a contribui la buna încadrare a copilului în cerinţele şcolare.

Informarea de către terapeut a acestor factori are rolul de a prezenta: modul în care copilul se încadrează sau nu în sistemul de cerinţe; ce alte manifestări au fost evidenţiate în timpul desfăşurării procesului de reeducare şi care impun o relativă schimbare a planului de tratament; cum se poate interveni pentru a lărgi şi intensifica sistemul de mijloace utilizat de către terapeut; care sînt elementele pe care familia şi şcoala trebuie să le preia, pentru a colabora la realizarea unor acţiuni conjugate, absolut necesare pentru o mai bună reuşită a eforturilor depuse de copil şi echipa de tratament.

Funcţia de prognosticare

Terapeutul, pe baza cunoştinţelor sale, are posibilitatea de a elabora unele elementele de prognoză, care să anticipe evoluţia copilului, sub raportul îmbunătăţirii capacităţii sale psihomotrice, pe trei planuri: prognosticarea unor eventuale dificultăţi ce pot apărea pe parcursul desfăşurării procesului de reeducare; prognosticarea evoluţiei copilului pe parcursul etapei viitoare de tratament; prognosticarea bilanţului final la care se poate spera, în condiţiile în care copilul se încadrează în sistemul de cerinţe.

Aceste previziuni pot fi confirmate numai în condiţiile în care sînt asigurate baza materială şi un raport de colaborare şi înţelegere între factorii implicaţi în acest dificil proces de reeducare: familia, şcoala, cadrele de specialitate: terapeut, medic, psiholog.

Funcţia de decizie

Derivă din studierea capacităţii de adaptare la sistemul de mijloace şi metode folosite de către terapeut, pe parcursul procesului de reeducare psihomotrică. Decizia

de a încheia procesul de reeducare nu va fi luată decît în condiţiile în care echipa terapeutică consideră că toate resursele de recuperare au fost în întregime realizate. Este un moment dificil pentru copil, întrucît acesta a dobîndit un ataşament faţă de modul în care terapeutul a reuşit să-i trezească încrederea în forţele sale, în modul în care trebuie să se comporte în familie şi la şcoală.

Funcţia pedagogică

Evaluarea are un rol deosebit, deoarece oferă subiectului şi terapeutului o privire de ansamblu asupra modului în care aceştea au fost implicaţi în activitate.

Copilul, pe tot parcursul tratamentului de care a beneficiat, reuşeşte să dobîndească o imagine mai clară privitoare la cine a fost înainte şi cine este în prezent, ce beneficii a obţinut şi ce perspective i se oferă; ce abilităţi a dobîndit şi cum a reuşit să conştientizeze capacităţile sale motrice şi psihice; el nu trebuie să piardă din vedere că rămîne dator unui program de lucru pentru a menţine şi chiar depăşi nivelul psihomotric pe care l-a dobîndit pînă în acel moment.

Funcţiile limbajului

Un rol important în procesul de creştere şi dezvoltare a unui copil îl are şi limbajul, întrucît asigură dobîndirea de cunoştinţe şi posibilitatea de stabilire a relaţiilor interumane. Pentru a reuşi să intre în legătură cu adultul, să perceapă şi să trăiască realitatea, trebuie să dobîndească capacitatea de a înţelege semnificaţia unor cuvinte. Funcţia simbolică a cuvintelor se constituie în „piatra de temelie" a limbajului adultului, la care copilul trebuie să acceadă treptat. Familia trebuie să acţioneze în consens pentru a-l determina pe copil să înţeleagă şi să pătrundă sensurile cuvintelor, fapt ce îl stimulează pentru a acumula, treptat, „sistemul lingvistic".

În asimilarea limbajului, un copil parcurge următoarele etape: apariţia primelor elemente de comunicare; multiplicarea elementelor de comunicare folosite izolat; apariţia sintezelor; apariţia formelor (gramaticale) ale limbajului (M. Cohen, citat de M. Debesse, 1970, p. 161).

Atunci cînd copilul nu foloseşte decît elemente izolate, se constată că limbajul lui va fi imprecis, cu multe omisiuni, greu de urmărit şi de înţeles. În funcţie de natura tulburării, terapeutul trebuie să prevadă ca obiectiv de lucru, în primul rînd, cunoaşterea de către copil a propriului corp. În momentul în care i se prezintă anumite părţi ale corpului, folosind cuvinte sau gesturi, este indicat să se treacă practic la executarea acţiunii de către copil. În acest sens, segmentul fie că este condus de către terapeut, fie că acţiunea este executată de către copil.

Modalităţile de abordare. Sub raport metodologic, terapeutul este obligat să aibă în vedere următoarele elemente: sistemul de comunicare să fie bazat pe enunţarea clară a cuvintelor, cu modulaţii ale tonalităţii (aproape muzicale); urmărirea atentă a reacţiilor copilului, în momentul în care terapeutul enunţă tema ce urmează a fi efectuată; solicitarea ca şi copilul să verbalizeze acţiunile pe care le efectuează.

Fiind în discuţie rolul limbajului în procesul de reeducare psihomotrică, este util a se preciza că vocabularul utilizat trebuie să fie pe înţelesul copilului, să prezinte elemente concrete (fără divagaţii); enunţul să fie simplu şi cu un număr redus de cuvinte; să contribuie, treptat la ancorarea în realitate, cît mai aproape de vîrsta

cronologică. Limbajul și gestul sînt necesare, întrucît se constituie în modalități de adaptare la realitate, îl conduc pe copil spre dezvoltarea capacității de stăpînire și dirijare a corpului, dar, mai ales, concretizează raportul dintre dorința de a efectua și puterea de a executa.

În procesul de reeducare psihomotrică, printre mijloacele utilizate, sînt cuprinse și elemente de educare a respirației. Asociind respirația cu emisia de sunete, se obține un dublu efect: pe lîngă creșterea capacității respiratorii se asigură condiții optime pentru formarea deprinderii de a enunța corect cuvintele. În acest sens, în timpul educării expirației este utilizat procedeul de emisie a unor sunete, cu accent pe vocalele *a*; *o*; *u*.

Emisia acestor sunete îl obișnuiește pe copil să alterneze: vocea puternică pe o durată scurtă cu vocea medie pe o durată medie; vocea slabă pe o durată cît mai lungă de timp cu vocea puternică cu momente slabe (Pick-Vayer, 1968, p. 77).

Pe fondul acestei forme de activitate, în care copilul este obișnuit ca, înainte de a emite vocalele, să execute un inspir profund, terapeutul poate să utilizeze și procedeul de emitere a unor cuvinte scurte care să cuprindă vocalele *a, o, u, e, i*.

Terapeutul, la început, exemplifică modul în care trebuie să fie emise cuvintele, fapt ce-l va stimula pe copil să declanșeze enunțarea acestor cuvinte cît mai corect posibil. În cadrul acestor exerciții, accentul trebuie pus pe: adaptarea buzelor, specifică fiecărei vocale; o relație corectă între inspirația pe nas și expirația din timpul enunțării cuvintelor; alternarea vocii puternice cu cea slabă; executarea acestor exerciții din diferite poziții (stînd, așezat, decubit dorsal și ventral), din stînd pe loc și din deplasare.

Pentru a-l obișnui cu o execuție cît mai corectă, copilul este plasat în fața unei oglinzi, avînd în acest fel posibilitatea de a se controla asupra modului în care efectuează inspirația (cu gura închisă) cît și enunțarea cuvintelor cu gura deschisă. Tot în fața oglinzii, poate asocia enunțarea unor cuvinte, ce prezintă poziția segmentelor și a trunchiului în spațiu și chiar descrierea mișcărilor pe care le execută. În acest mod se asigură condiții optime pentru: reținere acțiunilor pe care le efectuează; acordul între mișcare și respirație; dobîndirea capacității de pronunțare corectă a cuvintelor; îmbogățirea vocabularului prin achiziția de cuvinte legate de părțile corpului.

În acest context, terapeutul, pe lîngă formarea și dezvoltarea componentelor psihomotrice, își orientează atenția și asupra modului în care copilul poate să-și exprime dorințele, să verbalizeze acțiunile pe care le efectuează pentru a reuși să comunice cu cei din grupul din care face parte.

ROLUL TERAPEUTULUI ÎN ORGANIZAREA ŞI DESFĂŞURAREA PROCESULUI DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Proiectul reeducativ

Urmărind modul în care copilul se înscrie în sistemul de cerinţe pe plan comportamental, terapeutul are posibilitatea de a descoperi dificultăţile asupra cărora trebuie să-şi orienteze atenţia, pentru a afla modalităţile practice prin intermediul cărora va putea acţiona pentru a reuşi să-şi îndeplinească obiectivele propuse.

Stabilind direcţiile principale de abordare a modalităţilor de acţiune, terapeutul se orientează asupra sistemului de metode şi mijloace prin intermediul cărora să obţină ameliorarea treptată a comportamentului copilului.

Atenţia terapeutului trebuie să fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-i faciliteze copilului posibilitatea de a-şi dobîndi conştiinţa propriului corp, în relaţie cu stăpînirea echilibrului, pe parcursul diverselor situaţii ce reclamă coordonarea segmentară sau globală. Se acordă o mare importanţă orientării spaţio-temporale a copilului, condiţie esenţială unei cît mai bune posibilităţi de adaptare la lumea exterioară.

Dobîndirea, la un nivel corespunzător, a acestor comportamente structurale îi va oferi copilului posibilitatea de a-şi stăpîni corpul, fapt care îl va conduce spre intuirea acelor posibilităţi practice prin intermediul cărora să-şi controleze comportamentul.

Pentru a ajunge la acest nivel, este un drum lung, care prezintă unele ezitări, ce trebuie înlăturate cu multă atenţie, răbdare şi înţelegere de ambele părţi: terapeut şi copil.

Terapeutul în psihomotricitate trebuie să ofere subiecţilor, în ultimă instanţă, activităţi care au un singur obiectiv principal: menţinerea sau reinserţia lor familială şi, după caz, socio-profesională.

Profilul psihomotor al copilului normal dezvoltat, dar cu dificultăţi şcolare fluctuează în funcţie de cauza care a determinat dificultatea: mediul familial perturbat, lipsa de supraveghere, trauma afectivă, lateralitatea rău afirmată, stîngăcie sau stîngăcie contrariată, schimbarea permanentă a unităţilor şcolare sau a cadrelor didactice.

Profilul psihomotor al copilului întîrziat mintal este evidenţiat prin acţiunile sale.

Deficienţele mentale de nivel mediu sau avansat prezintă particularităţi ale dezvoltării pe plan psihomotric constînd în: tulburări accentuate ale echilibrului static şi dinamic, incosecvenţe ale lateralităţii emisferice, prezenţa sincineziilor, dezorientare

spațio-temporală, dificultăți majore de coordonare a mișcărilor dublate de incapacitatea de a se adapta acțiunilor motrice, incapacitatea de executare a unor mișcări precise, dereglări ale respirației în eforturile pe o durată mai mare de timp, precum și instalarea prematură a stării de epuizare fizică, manifestată prin scăderea forței flexorilor palmari, pentru membrele superioare, și mers nesigur, pentru membrele inferioare. Aceste manifestări sînt tipice tulburărilor de apartenență psihomotrică, în care anomaliile psihice și cele motrice demonstrează, fără a mai fi nevoie de alte argumente, legătura nemijlocită dintre mișcare și gîndire.

Individualizarea tipurilor de tulburări psihomotrice nu poate fi desprinsă de locul pe care îl ocupă deficiența motrică în linia generală a dezvoltării. Aspectului psihologic îi revine un loc important, iar cîmpul de aplicare a terapiei psihomotrice poate fi considerat cuprinzător. Dacă se ia în considerație ideea potrivit căreia psihomotricitatea este rezultatul interacțiunii educației și maturizării sinergiilor, precum și a conjugării funcțiilor motrice cu cele psihice, nu numai a cauzelor ce le determină, ci și a manifestărilor care le însoțesc (voința, afectivitatea, nevoile nesatisfăcute sau constrîngerile), trebuie avut în vedere că, în orice situație, tulburarea mentală este asociată și cu o debilitate motrică, ce se caracterizează prin lipsa preciziei în executarea mișcărilor, impulsivitate sau emotivitate, execuții lente sau instabile de mișcare. Acest aspect, generat de componența psihică a deficitului motor, nu trebuie neglijat, deoarece, fără a se constitui ca un factor determinant al infirmității motrice, el poate amplifica gradul de deficit motor prin neimplicare volițională.

În concepția majorității autorilor, reeducarea psihomotrică a copilului este considerată cu atît mai complexă cu cît comportă implicații în mai multe domenii: medicină, psihologie, pedagogie, dar avînd ca principal mijloc de tratament mișcarea, prin intermediul căreia se acționează asupra întregului corp, a întregii personalități, fapt ce obligă la o selecție riguroasă a mișcărilor, pentru a contribui la dezvoltarea motorie globală, la conștientizarea structurilor spațio-temporale, la inserția sa socio-familială, ca preludiu la cea socio-productivă, de mai tîrziu.

Aceste argumente sînt în măsură să explice de ce cîmpul reeducării psihomotrice este atît de larg, cuprinzînd în aria de acțiune cu caracter pedagogic atît copilul cu deficiență mintală, cu grade diferite de dificultate, cît și pe acei copii normal dezvoltați pe plan intelectual, dar care prezintă un grad mai ridicat al neadaptării pe planul emotivității, impulsivității, al dezorganizării spațio-temporale, unele tulburări de schemă corporală sau de lateralitate corporală preferențială.

Pe baza testelor pe care copilul le-a efectuat, cît și cu ocazia discuției purtate, terapeutul are toate datele necesare care să-l conducă la întocmirea planului terapeutic pentru perioada următoare.

Durata și conținutul procesului de reeducare psihomotrică sînt în funcție de nivelul tulburării, de natura ei, de vîrsta copilului, de capacitatea lui de adaptare, dar și de „puterile" și „limitele" sub raportul potențialului său psihomotric.

Programul terapeutic, eșalonat pe 4 săptămîni, trebuie să cuprindă acele elemente care se opun situației nefavorabile care a generat eșecul. Acest mod de a acționa, de a proiecta și orienta procesul de reeducare psihomotrică vizează, pe de o parte, să-l determine pe copil să iasă din starea de dominare, să-și evidențieze carențele, dificultățile, iar pe de altă parte, să-i ofere terapeutului posibilitatea de a

acţiona în direcţia întocmirii proiectului, în vederea selecţionării celor mai potrivite mijloace, care să fie în strict acord cu ceea ce-i foloseşte copilului, pentru a conştientiza că acest proces a izvorît din fiinţa sa, îi aparţine, fapt pe care trebuie să-l înţeleagă şi să lupte pentru îndeplinirea sa.

Planul terapeutic va trebui să fie „clădit” în strict acord cu nivelul tulburărilor şi dificultăţilor copilului, fapt ce impune a fi stabilit:

• *Cu ce mijloace se acţionează ?*

În funcţie de comportamentul copilului (pasiv sau activ), pot fi utilizate mijloace dirijate sau mijloace libere, la alegere.

Mijloacele dirijate privesc acele gesturi motrice care îl pun pe copil în situaţia de a efectua corect, precis şi coordonat o sumă de mişcări, prin care se urmăreşte dezvoltarea acelor aptitudini care se constituie în carenţe ale pregătirii sale motrice. În general, sînt selecţionate mijloacele care favorizează cel mai bine deprinderile motrice de bază, dar sînt selecţionate şi sistematizate şi alte mijloace, în funcţie de caracteristicile de bază ale psihomotricităţii.

Mijloacele libere sau la alegere sînt cele care promovează spontaneitatea, creativitatea, descoperirea de către copil a „senzaţiilor” care-l vor conduce spre descoperirea propriului corp, a carenţelor sale, a mijloacelor prin care poate să depăşească dificultăţile manifestate pe planul activităţilor sale corporale.

• *Cum poate fi eşalonat programul de lucru?*

A eşalona, înseamnă, de fapt, a doza strădaniile pe care trebuie să le depună copilul în procesul de reeducare. Trebuie înţeles faptul că strădania este acea latură a personalităţii prin care se pune în „operă” modul în care copilul poate să se concentreze asupra acţiunilor în curs de desfăşurare, poate să găsească resursele interne care să-l conducă la reuşită, poate să armonizeze resursele reeducatorului cu înclinaţiile, năzuinţele, dar şi opţiunile sale.

• *Ce elemente de prognostic pot fi stabilite?*

O dată cu trecerea testelor, care pun în valoare nivelul posibilităţilor psihomotrice ale copilului, dar şi după ce a participat la primele lecţii, terapeutul este în măsură să stabilească, cu relativă obiectivitate, posibilităţile şi limitele la care se poate ajunge cu refacerea potenţialului psihomotric al copilului. Unele elemente de prognostic se pot stabili pornind de la modul în care copilul conştientizează situaţia dificilă în care se află, manifestată prin solicitarea de ajutor, prin dorinţa de a fi „mai bine”, prin cooperarea deschisă în procesul de reeducare la care participă.

Personalitatea terapeutului

Personalitatea se defineşte ca o sumă de calităţi şi defecte proprii fiecărei pesoane, conturînd o individualitate conştientă şi liberă. Privită dintr-un alt unghi, personalitatea însumează întreg ansamblul de trăsături morale şi intelectuale ce caracterizează o persoană, fiind la originea succeselor sau insucceselor sale.

Personalitatea terapeutului, în contextul participării sale la redobîndirea potenţialului psihomotric, are profunde implicaţii sociale. Profesionalismul său este, în

ultimă instanţă, datorat valorii sale, pe care trebuie să i-o recunoască societatea în care trăieşte şi îşi desfăşoară activitatea. Imaginea pe care terapeutul reuşeşte să şi-o facă despre el personal trebuie să se regăsească şi în părerile pe care cei din jurul său le au despre nivelul pregătirii sale profesionale şi, în mod deosebit, asupra rezultatelor obţinute în domeniul său de activitate (A. Nicolau, 1987, p. 84).

Aceste trăsături, ce conturează personalitatea oricărei persoane, indiferent de domeniul în care lucrează, au o importanţă considerabil mai mare atunci cînd beneficiarul prestaţiilor sale este un copil, cadrul dificultăţilor psihomotrice pe care acesta le parcurge fiind incomparabil mai mare decît cel al persoanei adulte.

Reeducarea unui copil cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice impune respectarea unor cerinţe, fără de care reuşita terapeutică poate deveni incertă. Fără pretenţia de a le epuiza în totalitate, trebuie reţinute următoarele: pregătire profesională corespunzătoare, actualizată la tot ce este nou în planul terapeutic aferent cazului în tratament; capacitate şi obiectivitate în posibilităţile de evaluare a restantului funcţional; discernămînt în selecţia şi combinarea mijloacelor de tratament recomandate; introducerea unor criterii de dozare şi gradare a limitelor de solicitare psiho-fizică a copilului deficient; antrenarea familiei sau a aparţinătorilor în planul terapeutic complex.

Sub aspect etic şi deontologic, adaptarea sau readaptarea, după caz, a unui copil cu tulburări sau deficienţe psihomotrice la cerinţele vieţii de familie, şcolară sau socială trebuie să fie realizate într-un cadru psihopedagogic bine definit, iar conducerea acestui proces să fie atribuită unor specialişti, a căror pregătire profesională este strict legată de acest domeniu. O privire de ansamblu, asupra specialistului, aduce în discuţie personalitatea sa reflectată prin trăsăturile definitorii pe care le prezintă, cum acţionează şi cum percepe pacientul, care sînt structura şi dinamica relaţiilor pe care le are cu pacientul.

I. Cine este şi cum trebuie să fie?

Specialistul, ca persoană, trebuie să reflecte totalitatea unor însuşiri, relaţii şi calităţi; identitatea socială a specialistului, ca fiinţă concretă, învestită cu drepturi şi datorii, avînd aspecte specifice de recunoaştere. Personalitatea reflectă structura psihică şi evoluţia acesteia în toată complexitatea sa, evidenţiind importanţa socială a omului, precum şi expresia sa valorică, adică statutul său social.

În structura personalităţii sînt cuprinse o serie de trăsături, cum ar fi, spre exemplu, idealul său cultural, pe care societatea trebuie să i-l recunoască, rolul său social, exprimat prin modul în care se comportă în profesie şi în societate, imaginea pe care reuşeşte să şi-o facă despre eul său subiectiv, la fel ca şi despre cel reflectat din imaginea pe care cei din jur o au despre personalitatea sa, despre nivelul pregătirii sale profesionale şi cu preponderenţă asupra rezultatelor obţinute în domeniul său de activitate (A. Nicolau, 1987, p. 68).

II. Ce trăsături definitorii trebuie să prezinte?

În mod constant, specialistul trebuie să manifeste acele trăsături care determină aprecierea celor cu care vine în contact, atît în cadrul relaţiilor uzuale, cît şi în cele profesionale.

În relaţiile sale cu copilul ce prezintă tulburări sau dificultăţi psihomotrice, sfera comportamentală trebuie să cuprindă o gamă largă de trăsături, prin intermediul cărora să-şi poată valorifica capacitatea de adaptare la solicitări, care să-i permită să-şi valorifice la maximum competenţa profesională. În contextul reeducării pe plan psihomotric, se impune obiectivitate în aprecierea nivelului tulburărilor sau deficienţelor pe care le prezintă copilul, discernămînt în selecţionarea şi utilizarea sistemului de mijloace, perseverenţă în urmărirea obiectivelor propuse, stăpînire de sine, concretizată prin evitarea aspectelor moralizatoare din timpul activităţii sale, şi, nu în ultimul rînd, obiectivitate în direcţia aprecierii corecte a efectelor din cadrul etapelor de lucru.

Terapeutul trebuie să demonstreze, prin comportamentul său, statutul de formator pe plan psihomotric. În acest sens, specialistul trebuie să dovedească devotament, manifestat prin hotărîrea de a depune toate eforturile pentru ca planul pe care l-a întocmit să fie realizat în cele mai bune condiţii; politeţe, în formularea sistemului de cerinţe, dar, mai ales, în exprimarea unor neînţelegeri; obiectivitate în aprecierea stării de fapt la care a ajuns copilul la un moment dat; modestie în autoaprecierea modului în care îşi desfăşoară procesul de pregătire şi, mai ales, a rezultatelor pe care le-a obţinut; conştiinciozitate în organizarea şi desfăşurarea, în timp util, a programului stabilit. Aceste aspecte pun în valoare întreaga activitate pe care terapeutul o desfăşoară, asigurînd, în acelaşi timp, premisele cooperării necondiţionate a copilului ca terapeutul.

În activitatea sa practică din domeniul reeducării pe plan psihomotric, personalitatea specialistului este pusă în valoare numai atunci cînd sînt pe deplin ilustrate relaţiile dintre intenţie şi acţiune, dorinţă şi realizare, calităţi şi fapte. Terapeutul trebuie să fie înzestrat cu calităţi psihice şi fizice care să-i asigure potenţialul necesar îndeplinirii obiectivelor reeducării psihomotrice pe care şi le propune.

Pe plan psihic, terapeutul să ţină cont de particularităţile individuale ale fiecărui copil în parte, capabile să contribuie la refacerea potenţialului psihic şi motric afectat, indiferent de cauza care l-a generat. Aptitudinile pe care trebuie să le demonstreze terapeutul sînt legate, în special, de spiritul său de observaţie, de creativitate în ordonarea sistemului de mijloace, perseverenţă şi interes pentru găsirea celor mai bune căi de obţinere a rezultatelor.

Pe plan fizic, terapeutul trebuie să fie preocupat de perfecţionarea deprinderile motrice pe care le reclamă specificul profesiunii pe care o practică. Calităţile motrice trebuie să se situeze la un nivel corespunzător, întrucît acestea sînt elementele pe care se clădesc sistemele de acţionare din cadrul procesului de reeducare. Să posede un control al corpului propriu pentru a fi capabil să facă faţă solicitărilor la care va fi supus în timpul organizării, conducerii şi desfăşurării activităţilor practice. Să dispună de un potenţial de orientare şi de adaptare spaţială, o bună memorie vizuală, dar şi de o capacitate de relaxare şi de control tonic care vor fi frecvent solicitate în activitate. Să aibă un deosebit simţ al ritmului şi al coordonării mişcărilor şi al stăpînirii de sine.

III. Cum acţionează şi cum percepe pacientul?

Înţelegerea corectă a modului în care trebuie să se clădească colaborarea dintre copil şi terapeut este determinantă pentru reuşita procesului de reeducare pe plan psihomotric.

Relaţia care trebuie să conjuge interesele celor două părţi trebuie clădită pe îmbinări de temeri şi bucurii, reuşite şi eşecuri, reţineri şi degajări. Sînt componente greu de anticipat, dar care, printr-o activitate metodic organizată şi corect structurată şi orientată în raport cu natura tulburării, vor asigura reuşita planului terapeutic propus.

Terapeutul trebuie să se adapteze permanent fiecărui caz în parte. În procesul de reeducare psihomotrică nu există tipare pe care le poţi aplica, fără a lua în consideraţie particularităţile pe care le prezintă fiecare pacient în parte. Pacientul vine cu stereotipurile lui şi doreşte să le modifice pentru a reuşi să se integreze în sistemul general de cerinţe.

În procesul de reeducare psihomotrică terapeutul trebuie să ia în consideraţie trăsăturile de personalitate ale copilului. Este cunoscut faptul că un copil, în această situaţie, prezintă o personalitate în formare, condiţii în care parcurge diferite scheme raţionale, dintre care unele sînt reuşite, iar altele, din cauza unor condiţii interne sau externe, se constituie în eşecuri cu consecinţe dintre cele mai nefavorabile. Sesizate de familie sau şcoală, iar de multe ori chiar de către copil, acesta se închide în sine şi se depărtează de mediul înconjurător, ceea ce conduce la adîncirea tulburărilor sau dificultăţilor.

IV. Structura şi dinamica relaţiei dintre terapeut şi pacient?

Conduita terapeutului faţă de copil prezintă unele variabile, ce asigură modul în care, sub raport cantitativ şi calitativ, se realizează schimbul constant de atitudini comportamentale reciproce.

Nivelul relaţiilor interpersonale se exprimă, de fapt, prin perceperea şi cunoaşterea partenerului, prin acceptarea relaţiei de cooperare, prin funcţionarea optimă şi corectă a relaţiei dintre parteneri, prin recunoaşterea rolului de coordonator al activităţii, de către terapeut, prin organizarea şi orientarea procesului de reeducare, pentru a asigura ameliorarea comportamentală a copilului.

Aceste coordonate trebuie să fie conduse şi controlate fără excese, fără impunerea unei anumite ţinute rigide. Ele trebuie să fie în aşa fel înlănţuite, încît copilul să aibă senzaţia că au izvorît din proprie iniţiativă, că nu sînt impuse, că sînt necesităţi de care depinde reuşita pentru a învinge dificultăţile pe care corpul său le are. Copilul trebuie să conştientizeze că dificultăţile pe care le are pot fi corectate prin voinţa sa, cu condiţia să dorească acest lucru, să acţioneze în sensul orientării oferite de terapeut, să manifeste înţelegere, dar mai ales să persevereze în regăsirea unei imagini corporale proprii, aşa cum consideră că ar trebui să fie.

Terapeutul, în etapa identificării de către copil a imaginii sale corporale, adoptă o atitudine relaxată, lipsită de constrîngere, ceea ce asigură condiţii ca acesta să se „deschidă" şi să-şi contureze statutul său de persoană.

Permisivitatea terapeutului trebuie să fie asociată cu o anumită prestanţă, fără a fi inflexibilă, ceea ce va permite copilului să-şi menţină iniţiativa. Terapeutul trebuie să se adapteze treptat la resursele de lucru ale copilului, cu tulburările sau dificultăţile pe care le prezintă pe plan psihomotric. Atitudinea sa nu trebuie să fie prea apropiată, pentru a evita declanşarea mecanismului de transfer, prin care să devină un înlocuitor al familiei, dar nici prea inflexibilă, fapt care ar putea determina o reacţie de neadaptare din partea copilului.

În cadrul procesului de reeducare psihomotrică se regăsesc, cu rezultate dintre cele mai bune, preceptele „şcolii active", fapt confirmat prin rezultatele superioare obţinute în activităţile practice. Acest sistem se remarcă prin posibilitatea copilului de a efectua acţiunea, de a verbaliza în fiecare moment atitudinile şi mişcările pe care le execută, de a-şi controla ţinuta şi de a o corecta, putînd constata acordurile şi, eventual, dezacordurile dintre model şi realitate. De această manieră, copilul este în situaţia de a putea lua oricînd o decizie de a corecta eventualele abateri de la model şi să se preocupe de găsirea unor noi forme de implicare în procesul său de reeducare pe plan psihic şi motric.

În acest mod, copilul rămîne cu impresia că a aflat singur cum trebuie să acţioneze, că perceperea acţiunilor este consecinţa gîndirii sale, fapt ce trebuie interpretat ca o premisă favorabilă, spre reuşita în direcţia refacerii potenţialului său psihomotric.

Cunoaşterea modului în care copilul se comportă în afara activităţilor reeducative se obţine de la părinţi, care pot oferi date sigure privitoare la evoluţia pe care copilul o înscrie pe parcursul procesului de reeducare psihomotică. Comunicarea dintre părinţi şi terapeut trebuie să fie axată pe aspectele care pot contribui la elaborarea şi la modificarea pe parcurs, dacă este cazul, ale programelor de tratament.

Părinţii pot informa terapeutul asupra unei mari diversităţi de probleme, între care, de mare utilitate, trebuie citate modul în care copilul se comportă în familie, opiniile copilului asupra solicitărilor la care este supus, dacă le consideră uşoare sau grele, dacă sistemul de mijloace şi metode cu care lucrează sînt atractive sau nu, dacă are dificultăţi în executarea acţiunilor. Părinţilor trebuie să li se atragă atenţia să nu intervină cu elemente corective în sistemul de mijloace pe care copilul le relatează. Un impediment serios în evoluţia favorabilă a copiilor cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice este provocat de părinţii hiperprotectivi, care sînt o veritabilă frînă în parcursul spre mai bine al acestor copii.

COORDONATELE PROCESULUI DE EDUCARE ŞI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Psihomotricitatea are ca obiectiv major deprinderea copilului să execute corect şi, pe cît este posibil, elegant gesturile impuse de realitatea în care trăieşte. Atunci cînd se urmăreşte achiziţionarea de către copil a coordonării şi preciziei gestului, este necesar să se aibă în vedere două condiţii: să se acorde o atenţie deosebită educaţiei copilului în vederea formării şi imprimării gesturilor motrice ce urmează a fi însuşite; să se asigure o dezvoltare controlată a sinergiilor neuromusculare.

Acest obiectiv terapeutic este accesibil numai atunci cînd copilul dispune de un bagaj motric care poate fi educat, cunoscut fiind faptul că personalitatea fizică, în orice situaţie, se corelează cu cea mentală.

Factorii care condiţioneaza motricitatea nu sînt exclusiv biologici, după cum şi factorii care condiţionează inteligenţa şi caracterul depind, într-o mare măsură, de starea de echilibru a principalelor funcţii fiziologice, în special starea de echilibru endocrin. Personalitatea copilului formează „un tot", în care unul din cei doi factori nu se poate dispensa de celălalt, fără a provoca o dezarmonie ale cărei consecinţe se vor manifesta în viaţa sa şcolară, profesională şi socială. Scopul final este, în ambele cazuri, adaptarea optimă a individului la condiţiile ambianţei în care el trebuie să trăiască.

Henri Wallon (1964, p. 137) a marcat etapele de dezvoltare a activităţii musculare, a celei mentale şi emoţionale, cît şi raportul de reciprocitate constantă dintre atitudine şi mişcare cu sensibilitatea care le corespunde. După acelaşi autor, evoluţia pe plan psihomotric poate fi eşalonată în patru etape:

- *prima etapă* (sugari). Instinctul constituie potenţialul motor, fără capacitate de memorie şi de control, absenţa totală a controlului motor explicîndu-se prin absenţa memoriei motrice;
- *etapa a doua* (2 ani). Achiziţiile senzoriomotorii şi senzoriale contribuie la dezvoltarea memoriei şi a controlului mişcării. Mişcarea devine, treptat, globală, ea este controlată de memorie şi de cunoaşterea mişcării;
- *etapa a treia* (7-15 ani). Noţiunea de idee şi voinţă motrică domină impulsul motric, care va fi el însuşi canalizat, stăpînit, controlat de către dezvoltarea memoriei motorii a copilului.
- *etapa a patra* (adolescenţă). Adolescentul şi-a dezvoltat şi capacitatea de memorare a mişcarilor şi noţiunilor privitoare la lumea exterioră a obiectelor, ca formă, relief şi viteză. Datorită cunoaşterii lumii exteriore lui, i s-au dezvoltat dorinţa şi voinţa de mişcare. Se constată, la unii copii, existenţa unui dezacord, în grade diferite de manifestare, între activitatea musculară, mentală şi emoţională, pe de o parte, şi de

atitudine, mişcare şi sensibilitate, pe de altă parte. Constatarea este de natură să trezească interesul familiei şi al educatorului, pentru a lua măsurile care se impun în vederea consultării unui specialist, ce va stabili modalităţile de acţionare pentru corectarea acestor tulburări.

Procesul de reeducare în sfera psihomotrică

Reeducarea psihomotrică îşi propune ca, plecînd de la corp şi de la motricitate corporală, să se acţioneze asupra psihicului, atît pe plan mental cît şi pe plan afectiv, aceste două planuri fiind strîns legate de nivelul inconştientului (A. Lapierre, 1975, p. 364).

Privită în ansamblu, activitatea de reeducare poate fi orientată în două direcţii principale: corectarea dificultăţilor de exprimare pe plan psihomotric; reeducarea tulburărilor motorii funcţionale, urmărirea unor factori interni sau externi, ce au făcut inevitabile eşecurile.

Cunoaşterea formelor de manifestare, fie a dificultăţilor, fie a tulburărilor, pot fi puse în evidenţă prin intermediul sistemului de evaluare a potenţialului psihomotor al copilului.

Activităţile corporale, sub raportul modalităţilor de utilizare, dar, mai ales, cel al efectelor benefice ce se pot obţine, au o valoare deosebită în procesul de reeducare.

Modul de organizare, de stratificare şi de eşalonare într-o anumită etapă de lucru, precum şi nivelul de dificultate ce trebuie adaptat situaţiei reale pe care o prezintă copilul determină ca activităţile corpoale să devină singurele instrumente operaţionale cu potenţial major, în procesul de reeducare psihomotrică.

Pornind de la aceste postulate, trebuie avut în vedere că activitatea de reeducare psihomotrică are ca modalitate principială de acţionare corticalizarea mijloacelor utilizate, în sensul transpunerii lor pe planul mental al sistemului de operare, urmată de realizarea ei practică, fără a beneficia de vreun anume model. Se apelează la vizualizarea unui model numai în condiţiile existenţei unui prag scăzut de înţelegere a acţiunii. preconizate.

Se utilizează procedeul de corticalizare a imaginii unor acţiuni, cu scopul de a obişnui copilul să-şi conceapă singur acţiunea, să o înţeleagă şi să decidă momentul prielnic pentru efectuarea ei. Se apelează la acest procedeu avînd următoarele obiective: consolidarea mecanismelor de apărare a eului corporal; utilizarea acelor mijloace care să-i asigure consolidarea încrederii în capacităţile proprii de realizare a acţiunilor propuse; înlăturarea sau reducerea sistemului de factori care au contribuit la instalarea dificultăţilor sau tulburărilor; orientarea acţiunilor spre intelectualizarea conduitelor motrice, ceea ce va contribui la conceptualizarea răspunsurilor înainte de a fi declanşate; verbalizarea, ca o cale sigură de conştientizare a comportamentelor psihomotrice, fapt ce permite un control eficient al acţiunilor ce urmează a fi efectuate, copilul avînd posibilitatea de a „privi" degajat elementele constitutive şi de a le corecta în mod corespunzător, fără constrîngeri, fără presiuni externe; asigurarea condiţiilor optime pentru manifestarea unor iniţiative, care să ilustreze modul în care copilul a înţeles obiectivele ce urmează a fi îndeplinite; în aceste condiţii, activităţile desfăşurate în grup au o valoare deosebită, întrucît permit evidenţierea capacităţii de analiză a modului în care tema propusă este realizată, asigurînd şi condiţiile ca observaţiile generale să fie recepţionate şi interpretate individual, ceea ce conduce la

recunoaşterea greşelilor şi la imprimarea dorinţei de a le evita în viitor; sistemul de mijloace utilizat să fie direcţionat spre stimularea copilului pentru a-şi reprezenta mental acţiunea şi a decide cînd este momentul optim pentru a declanşa comanda pentru execuţia acţiunii.

Realizarea acestor obiective principale este pusă în valoare numai atunci cînd copilul reuşeşte să evidenţieze greşelile pe care le-a săvîrşit în timpul executării acţiunii, care fie că a fost comandată, fie că este urmarea unei iniţiative proprii.

În condiţiile în care se constată că apar unele dificultăţi în executarea unor acţiuni sau cînd starea generală este sub influenţa unei stări de agitaţie sau nu poate să-şi orienteze atenţia asupra acţiunilor în curs de desfăşurare, se recomandă practicarea unor exerciţii de imitare a unor atitudini şi mişcări care să-l influenţeze pozitiv pe copil (G.B. Soubiran, 1975, p. 98).

Concomitent cu conştientizarea componentelor psihomotrice şi datorită utilizării sistemului de mijloace axate pe joc, se asigură o relativă decontracturare a principalelor grupe musculare, simultan cu instalarea stării de calm, lăsînd liberă atenţia să se îndrepte spre acţiunile în curs de desfăşurare.

Utilizarea jocurilor impune ca preocuparea terapeutului să fie orientată spre asigurarea tuturor condiţiilor pentru ca subiectul să poată participa cu naturaleţe la acţiunile de joc, în care activităţile corporale sînt principalele forme de manifestare a conştientului, prin intermediul cărora copilul se exprimă. Gama de mijloace la care se apelează trebuie îndreptată spre solicitarea elementelor de coordonare, cu precădere asupra trenului superior, situaţie în care trenul inferior va fi menţinut în stare de imobilitate.

Utilizarea acestei concepţii de lucru asigură, în primul rînd, o mai mare stabilitate a trunchiului, o mai bună mobilizare şi conlucrare a membrelor superioare, cît şi o mai bună concentrare a atenţiei asupra acţiunilor în curs de desfăşurare. Alternarea solicitărilor dintre trenul superior şi cel inferior oferă condiţii optime de decontructurare, determină o stare de relativă stăpînire de sine şi de captare a interesului spre obiectivele în curs de efectuare.

Treptat, se introduc unele mijloace ajutătoare, care au rolul de a corela mişcările membrelor superioare, cu precădere ale mîinilor şi degetelor, pentru a executa apucarea, susţinerea, rotirea sau scuturarea obiectelor, ceea ce va determina creşterea interesului pentru a obţine rezultate deosebite. Acest tip de exerciţii este utilizat, cu precădere, în cazul în care dificultăţile sînt cuprinse în sfera elementelor din cadrul motricităţii fine, unde mîna şi degetele au un rol determinant.

Orientarea activităţii educative

Educaţia psihomotrică constituie o componentă a instrucţiei de bază în şcoala elementară, ea condiţionînd întregul proces de învăţare preşcolar şi şcolar, întrucît acest proces nu poate fi eficient dacă „copilul nu dobîndeşte conştiinţa corpului său, nu cunoaşte lateralitate sa, nu se poate situa în spaţiu, nu este stăpîn pe timp, nu a cîştigat o suficientă stabilitate şi coordonare a gesturilor şi mişcărilor sale” (Le Boulch J. 1985, p. 1033)

Prin sistemul de mijloace utilizat în procesul de educare psihomotrică, educatorul acţionează asupra corpului tot prin intermediul corpului, situaţie ce poate fi

apreciată ca intermediară între pedagogie, psihologie şi educaţie fizică. Acţionînd în grup, educatorul stăpîneşte o disciplină care-i permite să controleze, în fiecare moment, ideile, sentimentele şi reprezentările pe care copilul le parcurge. Acest proces de educare psihomotrică pune în valoare capacitatea educatorului de a dirija în aşa fel acţiunile, încît „cuvîntul" să fie exprimat prin mişcarile corpului.

J.J Guillarme (1982, p. 148) arată că, adresîndu-se corpului, educatorul favorizează, desigur, implicit, o dimensiune progresivă, dar caută să-i dea corpului noi mijloace care trebuie să funcţioneze şi să se exprime corect.

De educator depinde ca, progresiv, copilul să fie confruntat cu situaţii mai mult sau mai puţin dificile, pe care trebuie să le învingă, să le rezolve cu succes, dar numai în condiţiile în care se asigură o eşalonare metodică a acţiunilor încadrate în spaţiu şi timp şi într-o manieră care să fie în strict acord cu posibilităţile de moment ale copilului.

Procesul de instruire şi educaţie trebuie să fie încredinţat unei persoane calificate care să ştie cum să abordeze obiectivele educaţiei, să cunoască preferinţele copilului, care sînt posibilităţile lui de adaptare la metodele de lucru, cît trebuie să lucreze şi pînă unde poate ajunge. Prezenţa educatorului îl ajută pe copil să devină ceea ce îşi doreşte, să depăşească pragul unor dificultăţi, să-şi contureze personalitatea.

În orice proces de instruire şi educaţie se porneşte de la bagajul acumulat pînă la acea dată, iar planul elaborat de educator va trebui să traseze clar: cît, cum, cînd este cel mai potrivit să acţioneze pentru reuşita procesului educativ propus. Planul trebuie să fie organizat, stratificat, orientat şi alcătuit în funcţie de vîrsta copilului, condiţiile de lucru, experienţa educatorului şi de resursele de cooperare pe care le are copilul. În toate situaţiile, dar mai ales în procesul de educaţie pe plan motric, educatorul este cel care oferă condiţiile, dirijează demersurile, stimulează căutările şi poate recurge la experimentări, atunci cînd există incertitudini asupra eficienţei unor mijloace sau metode terapeutice la care s-a apelat.

Intrînd într-un grup organizat, copilul îşi va putea aprecia forţele proprii şi în raport cu ale celorlalţi colegi. Treptat, îşi va putea da seama că nu poate ţine „pasul" cu ceilalţi colegi, că este cel care execută totul cu mai mare dificultate. Dacă educatorul sesizează din timp aceste carenţe ale copilului, are datoria să informeze familia, pentru a lua împreună măsurile care se impun pentru prevenirea şi corectarea corespunzătoare ale acestor dificultăţi.

Pornind de la aceste constatări, se impune ca la începutul anului şcolar, după un interval de o lună sau două, în cadrul unei întruniri a cadrelor didactice, să se discute şi acest aspect al dificultăţilor de adaptare ale unor copii. În cadrul acestei reuniuni, este de dorit să fie invitat şi un specialist în probleme de reeducare psihomotrică.

Educatorii trebuie informaţi asupra principalelor aspecte legate de educarea psihomotrică a copiilor, dar şi de tulburările şi dificultăţile pe care le pot prezenta unii copii. În acest context, specialistul trebuie să abordeze următoarele situaţii: dificultăţile pe care le întîmpină copilul, atît pe planul reuşitei şcolare, cît şi în afara ei; care trebuie să fie atitudinea educatorului, în condiţiile în care întîlneşte o asemenea comportare din partea unui copil: să fie foarte atent cu el; să evite apostrofările şi

aprecierile negative legate de dificultăţile pe care le manifestă; să evite a-l prezenta în faţa clasei ca pe un exemplu negativ legat de activitatea şcolară; să încerce să-l stimuleze, să-l ajute mai mult, să caute posibilitatea de a se apropria de el.

Ca o modalitate cu caracter general, se prezintă cea prin care educatorul trebuie să promoveze deliberat activităţile corporale, în care să fie angrenaţi şi „copii-problemă".

Orientarea activităţii reeducative

Reeducarea psihomotrică este o activitate metodică ce urmăreşte să refacă acele etape ale dezvoltării copilului care lipsesc. Terapeutul, prin stilul său de acţionare, prin modalităţile în care selecţionează sistemul de mijloace, prin felul în care asigură ambianţa în cadrul procesului de reeducare, prin modul în care reuşeşte să-i ofere copilului posibilitatea de a evidenţia care sînt dificultăţile pe care le întîmpină şi ce modalitate de acţionare îi oferă pentru a normaliza sau ameliora comportamentul general, îl va conduce pe copil să dobîndească autonomie şi să devină artizanul propriei reabilitări.

Este cunoscut că reeducarea psihomotrică se înscrie într-o strategie de ajutor. Ea îşi trage seva din motricitatea individuală, unde corpul este considerat ca fiind un instrument de lucru, care, din motive independente de el sau tocmai din cauza lui, a ajuns într-o situaţie dificilă, fiind în imposibilitatea de a se manifesta în toată plenitudinea posibilităţilor sale.

Adresîndu-se corpului, terapeutul urmăreşte să dea o dimensiune regresivă, fără a pierde din vedere să dea acestui corp şi noi mijloace funcţionale. De el depinde ca, progresiv, copilul să fie confruntat cu situaţii şi dificultăţi pe care trebuie să le învingă, să le rezolve cu succes, dar numai în condiţiile în care se asigură o eşalonare metodică a acţiunilor încadrate în timp şi spaţiu şi într-o manieră care să fie în strict acord cu posibilităţile copilului (J.J. Guillarme 1982, p. 156).

În relaţia cu copilul, terapeutul va fi în situaţia de a aştepta ca însuşi copilul să evoce originea dificultăţilor sale. Acest fapt este posibil doar în cadrul lecţiilor, atunci cînd copilul se simte mai apropiat de terapeut şi cînd simte nevoia să-şi prezinte necazurile. În acest context, întrebările pe care terapeutul le pune trebuie să fie în aşa fel formulate încît copilul să nu sesizeze că, treptat, se pătrunde în viaţa sa intimă, fiind astfel în situaţia de a relata unele elemente pe care le-a ţinut pentru sine.

Reeducarea psihomotrică nu este o acţiune educativă, nu este un act de susţinere pedagogică, nu este o metodă psihoterapeutică, acestă activitate se situează la graniţa dintre aceste discipline, detaşîndu-se prin faptul că abordează atît „interiorul" cît şi „exteriorul" corpului, dobîndind sens prin rezultatele pe care le obţine.

Sistemul de acţionare pe plan reeducativ se diferenţiază de cel educativ întrucît terapeutul se află în faţa unor acţiuni ratate, sînt evidenţiate unele dificultăţi, unele eşecuri de care trebuie să ţină seama atunci cînd îşi pregăteşte planul de acţionare. Diferenţa dintre metodele de acţionare pe planul educaţiei motrice şi cele de pe planul reeducării psihomotrice constau, în principal, în modul în care terapeutul abordează acţiunea, raportul atitudinal dintre cei doi protagonişti, maniera în care sînt utilizate mijloacele şi modul în care este angajat copilul pentru realizarea obiectivelor.

Terapeutul trebuie să observe în fiecare moment al activității modul în care evoluează copilul, cum se acomodează cu sistemul de mijloace, care este nivelul său participativ. Aceste observații sînt de natură să-l determine ca, pas cu pas, să adapteze proiectul reeducativ, în funcție de evoluția copilului. Orientarea terapeutului, privind adaptarea la situația reală, poate fi explicată prin existența unui cadru mai bine cunoscut, mai autentic, mai eficace. În acest sens, reeducarea psihomotrică poate fi orientată fie spre o direcție tehnologică, fie spre o activitate mai apropiată de psihoterapie.

Orientarea tehnologică este motivată de faptul că sistemul mijloacelor materiale utilizat în procesul de reeducare psihomotrică poate fi identic cu cel folosit în procesul de educare motrică. Ceea ce trebuie subliniat este că nu materialul determină conținutul procesului de reeducare, ci modul în care este utilizat pentru realizarea obiectivelor propuse. Materialul este un mijloc prin care se urmărește să fie pus copilul în situația de a coordona mai bine mișcările; să ridice valoarea acțiunilor utilizate; să perceapă faptul că mișcările sînt realizate în spațiu și timp; dezvoltarea priceperii de mînuire a obiectelor; combinarea complexă a acțiunilor motrice; angajarea complexă a simțului de echilibru; utilizarea acțiunilor motrice în condiții variate.

Aceste obiective sînt subordonate metodologiei de acționare, specificul sistemului de stimuli utilizați, capacității de adaptare și de reacție a copilului cît și progresivității solicitărilor. De fapt, orientarea tehnologică pune în valoare gîndirea metodică a terapeutului, experiența acumulată și modul în care concepe, organizează și conduce procesul de reeducare psihomotrică. Orientarea apropiată de psihoterapie pune în valoare, atitudinile și comportamentul general al terapeutului, ce trebuie să fie generator de anumite relații.

Organizarea activității reeducative

Organizarea procesului de reeducare psihomotrică îl determină pe terapeut să-și îndrepte atenția asupra modalităților de bază prin intermediul cărora poate acționa, cu bune rezultate. În acest sens, preocuparea este îndreptată asupra principalelor structuri organizatorice care susțin procesul reeducativ: organizarea spațiului de lucru; structurarea timpului afectat activităților; asigurarea unui ambient agreabil; selecționarea sistemului de mijloace.

Organizarea spațiului pentru desfășurarea activității terapeutice

Eficiența procesului de reeducare psihomotrică este condiționată de conținutul activității, de sistemul de organizare, de experiența acumulată de terapeut, dar și de condițiile, sub raportul spațiului și al materialelor, pe care le are la dispoziție în timpul desfășurării acestui proces

Copilul cu tulburări și dificultăți psihomotrice a dobîndit unele noțiuni de spațiu, urmare a acumulărilor din timpul evoluției sale de la naștere pînă în momentul în care vine la cabinetul de reeducare psihomotrică. Spațiul în care a crescut și s-a dezvoltat are o semnificație deosebită pentru el, întrucît i-a oferit, permanent, condiții pentru formarea bagajului motric, pentru perceperea diverselor forme ale obiectelor, pentru înțelegerea valorii fiecărui obiect cu care a venit în contact. Spațiul i-a oferit posibilitatea de a se mișca și de a descoperi realitatea din jurul său, de a înțelege și de

a respecta unele interdicţii, de a afla ce este durerea şi frica, de a trăi bucuria unor reuşite, care, treptat, devin obişnuinţe de comportare în familie.

Sînt situaţii cînd această viziune asupra spaţiului nu este pe deplin edificatoare. Spaţiul poate deveni un mijloc de limitare a posibilităţilor de influenţare asupra capacităţii de mişcare şi de dobîndire a unui bagaj comportamental adecvat, cu consecinţe dintre cele mai nefavorabile asupra evoluţiei copilului. De fapt, această abatere de la normal se constituie în una dintre principalele cauze care determină tulburări pe plan psihomotric sau unele dificultăţi de adaptare la mediul şcolar.

Din momentul în care, copilul va trebui să frecventeze şcoala, noţiunea sa despre şcoală va trebui să fie bine conturată, la fel ca şi a spaţiului familiar, pentru a reuşi, treptat, să le diferenţieze, cu toate particularităţile lor.

În condiţiile în care un copil este orientat spre reeducare psihomotrică, spaţiul pe care îl va cunoaşte trebuie să-i ofere şi posibilitatea de a „descoperi", pe lîngă elementele pe care le cunoaşte, şi pe acelea de care se poate apropia pentru a se simţi în siguranţă.

Dotarea unui cabinet de reeducare psihomotrică trebuie să cuprindă suma mijloacelor prin intermediul cărora terapeutul, în funcţie de particularităţile individuale ale subiectului, să poată alcătui planul şi programele de tratament, adecvate fiecărui caz în parte. Abordarea problematicii spaţiului vizează două aspecte majore: spaţiul, ca loc de desfăşurare a procesului de reeducare; sistemul de mijloace cu care trebuie să fie dotat acel spaţiu pentru a putea corespunde cerinţelor unui cabinet de reeducare psihomotrică.

Desfăşurarea procesului de reeducare impune ca spaţiul afectat acestei activităţi să includă următoarele componente: sala de lucru să aibă o suprafaţă cuprinsă între 40-60 m²; suprafaţa sălii să fie acoperită cu parchet, bine lustruit, fără a fi lăcuită; să aibă grup sanitar, separat pentru băieţi şi fete, cu lavoare separate; un cabinet pentru terapeut, plasat pe latura mică a sălii şi prevăzut cu fereastră mată, prin intermediul căreia să poată urmări reacţiile copilului atunci cînd este lăsat singur în sală; ferestrele sălii să asigure o luminozitate corespunzătoare şi să fie securizate; sursele de lumină artificială să fie protejate, iar întrerupătorul să fie plasat în cabinetul terapeutului; magazia de materiale să fie plasată în celălalt capăt al sălii, avînd uşă de acces din sală, dar şi uşă cu exteriorul pentru a oferi posibilitatea de ieşire, în caz de necesitate.

Dotarea sălii cu următoarul invetar: scări fixe; bănci de gimnastică; saltele de diferite mărimi; ladă de gimnastică; mingi medicinale de 1, 2, 3 kg; mingi elastice de mărimi şi culori diferite; păpuşi din plastic, de diferite mărimi, pentru a fi dezmembrate; păpuşi din pînză, cu mai multe schimburi de haine; cărţi de joc; seturi de cuburi de diferite mărimi şi culori; măsuţe de diferite mărimi şi scaune sau taburete care să fie adecvate mesuţelor; tacîmuri din plastic – lingură, furculiţe, cuţite, linguriţe; căni din plastic; perii de haine şi de ghete; recipienţi din plastic cu dop înfiletat, de ½, 1, 2 litri; popice din plastic de diferite mărimi şi culori; bile din plastic de diferite mărimi şi culori; săculeţi cu nisip de 10/10, 20/20, 30/30 cm. Săculeţii de 30/30 să aibă pe mijloc o cusătură în cruce; un sistem de trepte (3 la urcare, un planşeu de 50 cm, 3 la coborîre), lăţimea să fie de 50-60 de cm; o bandă din lemn de 2 m lungime şi 10 cm lăţime care să fie susţinută, la capete, de două bare transversale de cîte 60 cm

lungime şi 10 cm lăţime pentru a asigura stabilitatea barei principale, utilizată pentru mers în echilibru; cordon de siguranţă; scripet suspendabil la înălţimea de 2 m; un panou reglabil, de la înălţimea de un metru pînă la 2 m. Panoul să fie de 1/1 m; pentru a forma deprinderea de a expira corect se utilizează un sistem cît se poate de simplu: sticle de plastic, umplute pe jumătate cu apă, un tub din plastic cu Ø de 2-3 cm, prin care copilul suflă pentru a vedea cum se mişcă apa în sticlă; bastoane de diferite lungimi; cercuri colorate.

Şcoala franceză recomandă aşa numitele „ploturi" (cuburi) din lemn de dimensiunile 10/10, 20/20, 30/30.

Solicitarea de a avea unele materiale de mărimi diferite este motivată şi de faptul că la procesul de reeducare psihomotrică vor veni subiecţi de vîrste diferite, ceea ce impune ca baza materială să fie adaptată particularităţilor individuale ale celor ce apelează la acest serviciu.

Structurarea timpului destinat activităţii

Capacitatea de orientare în spaţiu a copilului se formează progresiv, în paralel cu creşterea şi dezvoltarea sa. Fiecare individ dispune, în linii generale, de timpul său, în funcţie de nivelul de pregătire, de aspiraţiile sale, de cerinţele mediului social în care trăieşte, dar şi de starea sa de sănătate şi de buna dispoziţie Aceste aspecte ale timpului aparţin fiecărui individ în parte şi sînt atribuite *timpului efectiv trăit*, supus unei conduite şi comportament propriu fiecărui copil.

În prima parte a vieţii, cînd timpul este organizat şi condus de părinţi, copilul îşi formează, treptat, o imagine proprie despre ce este şi cum se desfăşoară existenţa sa, în timpul pe care îl trăieşte. Pe măsură ce creşte şi se dezvoltă, copilul dobîndeşte noţiunea unui timp propriu, pe care el poate să-l folosească cum vrea, în funcţie de dorinţa sa. De asemenea, mai devreme sau mai tîrziu, el va înţelege că timpul se diferenţiază în raport de activitatea pe care o desfăşoară pe plan profesional, dar şi de cea de timp liber şi de timp pentru odihnă.

Realitatea pe care o trăieşte însă determină ca acestă structură să nu fie echilibrată, sub raportul treimii rezervate fiecărei componente, datorită unor modificări, determinate de o serie de factori, dintre care cei mai importanţi sînt: structura activităţii profesionale; capacitatea de adaptare la cerinţele profesionale şi sociale; nivelul de pregătire pe plan psihic şi fizic; starea sa de sănătate.

În anumite condiţii, copilul poate fi pus în situaţia de a renunţa parţial sau total la una din componente în favoarea alteia pentru a face faţă celorlalte cerinţe profesionale sau sociale.

În cadrul procesului de reeducare psihomotrică, sistemul de relaţii dintre terapeut şi subiect este de natură să pună în valoare un „pact" de colaborare, în sensul că fiecare dintre cei doi parteneri vine cu timpul său, urmînd să realizeze împreună acordul aspra modului în care vor utiliza timpul cît sînt împreună, pentru a îndeplini obiectivele terapeutice stabilite.

Specialistul în psihomotricitate, în activitatea sa, parcurge *timpul* pe care îl reclamă particularităţile activităţii proprii, dar şi cel al timpilor ce decurg din timpii pe care prestaţiile copilului îi reclamă. De regulă, copilul se prezintă în faţa terapeutului atunci cînd a fost pus în faţa unui eşec evident sau a fost în situaţia de a nu putea găsi

singur ieşirea din această circumstanţă. Acest moment este deosebit de important pentru familie, deoarece copilul se află încă sub influenţa educativă a familiei sau, eventual, a şcolii, care fie că nu au cunoscut, fie că au neglijat întreaga paletă de dificultăţi pe care copilul le-a întîlnit şi pe care nu a ştiut sau nu a putut să le înlăture. De această manieră, *timpul optim* de educare psihomotrică, fără a fi cu totul tardiv, se va înscrie cu beneficii terapeutice mai mici.

Şansele copilului de a se înscrie cu beneficii terapeutice cît mai notabile vor fi cu atît mai mari, cu cît restantul motric al copilului nu a compromis resursele de recuperare.

Terapeutul, prin conduita sa, prin atitudinea sa plină de înţelegere, prin tactul său, urmăreşte să se apropie de copil pentru a ajunge la cauzele care au generat starea lui prezentă. El urmăreşte astfel să pătrundă în esenţa trăirilor copilului, pentru a reuşi să-l transforme, să-l conducă pe o cale care să aibă coerenţă şi stabilitate.

Reuşita depinde, printre altele, de modul în care este organizat *timpul efectiv* de activitate, de modul în care reuşeste să-l detaşeze de realitatea pe care o trăieşte, să-i asigure o stare de decontractare, pentru a-l orienta, treptat, spre starea de bine, spre mulţumirea de sine.

Ca punct de pornire pentru stabilirea obiectivelor terapeutice propuse, se impune inducerea unei stări de relaxare, de decontracturare a copilului, care se poate sistematiza pe trei trepte: obţinerea unei relaxări musculare, considerată ca fiind suficientă pentru atenuarea unei simptomatologii fruste; achiziţia controlului tonic muscular, care asigură copilului o stabilitate şi un control mai bun al mişcărilor; controlul tonic emoţional, care asigură copilului condiţii optime pentru ca întreaga activitate să treacă, progresiv, sub control voliţional.

Motricitatea controlată, pentru a se înscrie în parametrii optimi, trebuie să elimine startul unei acţiuni motrice dintr-o poziţie rigidă, dominată de stări de hipertonie musculară. Este necesară următoarea progresie: educarea copilului pentru a fi capabil să se oprească brusc la un semnal, pe o durată care va creşte treptat; căutarea şi acceptarea liniştii, care trebuie să fie percepută progresiv şi aprofundată; să-şi impună starea de repaus şi de linişte, urmărindu-se, astfel, detensionarea copilului.

Între modalităţile de obţinere a refacerii motricităţii controlate, cu rezultate dintre cele mai bune, este tehnica mobilizărilor pasive, asociate cu uşoare „scuturări" ale segmentelor. Această metodă poate fi utilizată şi în cazul copiilor care nu au control asupra propriului corp. Mobilizările sînt executate la început lent, pentru ca treptat să fie efectuate din ce în ce mai rapid.

Asigurarea unei ambianţe agreabile

Pentru realizarea acestui deziderat, terapeutul acţionează în direcţia ameliorării comportamentului psihomotric al copilului, utilizînd mijloace specifice acestui proces de reeducare.

Cunoscînd care este gradul sau nivelul de neadaptare, terapeutul orientează activitatea copilului de o manieră diferită, pornind de la particularităţile individuale.

În procesul de reeducare psihomotrică, copilul este cel care îşi alege sistemul de mijloace cu care acţionează, el este cel care propune şi tot el este cel care execută.

El este cel care desemnează, el povesteşte atît prin viu grai cît şi prin intermediul activităţilor corporale.

Atmosfera în care îşi etalează: nemulţumirile, neînţelegerile, dificultăţile este liniştită, caldă, plină de înţelegere, din partea terapeutului, care este gata, în orice moment, să-l ajute, să-l îndrume, să-l încurajeze pentru a depăşi aceste momente mai dificile.

Terapeutul are rolul de a direcţiona, discret, acţiunile pe care copilul le propune, intervenind cu unele sugestii care să ridice valoarea practică şi educativă a acestor acţiuni.

Treptat, copilul va dobîndi un bagaj de deprinderi şi de obişnuinţe care vor contribui la dezvoltarea încrederii şi a controlului de sine, ceea ce îl va conduce spre manifestarea unui comportament adecvat, atît în activitatea şcolară, cît şi în cea familială. În acest context, o ambianţă plăcută, un cadru material bine aranjat, o metodologie adaptată particularităţilor individuale sînt elementele care contribuie la reuşita procesului de reeducare psihomotrică.

Confirmarea unei activităţi de reeducare psihomotrică corect concepută, organizată şi condusă este concretizată prin: ameliorarea comportamentului general caracterizat printr-o atenţie şi capacitate perceptivă superioare, calităţi absolut necesare formării obişnuinţelor motrice şi neuromotrice corecte. Aceste elemente îi vor permite copilului să se integreze în activităţile şcolare în bune condiţii

Utilizarea sistemului de mijloace

Procesul de reeducare psihomotrică se clădeşte pe un sistem de mijloace care trebuie să fie adaptat particularităţilor comportamentale ale copilului. Se porneşte de la constatarea că situaţiile de inadaptare au la bază tulburări de ordin motor sau perceptiv-motorii. Indiferent de natura tulburării, cît şi a cauzelor care le-au determinat, formele de manifestare sînt în general aceleaşi (Pick Vayer, 1968, p. 215).

Principalul mijloc prin care terapeutul acţionează în cadrul procesului de reeducare psihomotrică este exerciţiul fizic. Utilizarea acestui mijloc impune luarea în considerare atît a influenţei pe care o exercită asupra organismului, cît şi a modului în care trebuie să fie ordonat, clasat şi armonizat, în funcţie de scopul urmărit.

Sistemul de mijloace utilizat în procesul de reeducare psihomotrică trebuie să exercite influenţe pozitive asupra copilului. Exerciţiile vor fi selecţionate cu multă atenţie, avînd în vedere că influenţa pe care o exercită fiecare exerciţiu este în funcţie de efectul său dominant, care poate fi de: conştientizare, flexibilitate sau dezvoltare musculară. Selecţia exerciţiilor, efectuată de către terapeut, va trebui să fie orientată, în principal, spre ameliorarea supleţei articulare, condiţie esenţială pentru obţinerea unor valori superioare pentru lungimea segmentului de contracţie, la rîndul său, direct implicată în dezvoltarea masei şi forţei musculare.

Exerciţiile care vizează conştientizarea mişcării au rolul de a-l orienta pe copil asupra poziţionării corecte a segmentelor şi a corpului în raport cu obiectivele urmărite. Exerciţiile care vizează supleţea au drept obiectiv să-i asigure mobilitatea funcţională a articulaţiilor, absolut necesară pentru efectuarea unor mişcări care să poată fi executate cu maximum de amplitudine. Exerciţiile care vizează dezvoltarea masei musculare trebuie să asigure copilului posibilitatea de a efectua voluntar, static

sau dinamic, concentric sau excentric, întreaga gamă de mişcări, pe axe şi planuri funcţionale, în concordanţă cu scopul urmărit.

În stabilirea sistemului de influenţe, în condiţiile structurării conţinutului unei lecţii şi ale ordonării sistemului de exerciţii, terapeutul trebuie să aibă în vedere şi aspectul relaţiei dintre cauză şi efect, al fiecăreia din cele trei categorii de exerciţii (Plas şi Hargon, 2001 p. 139).

În raport cu scopul urmărit, este necesar ca terapeutul să-şi orienteze atenţia asupra particularităţilor gestului motric, care se referă la corectitudinea poziţiei fundamentale, la plasarea corectă a segmentelor şi a corpului în spaţiu, la respectarea structurii gestului, armonizarea şi siguranţa mişcărilor.

Vor trebui avute în vedere circumstanţele care ar putea provoca o stare de nelinişte, de agitaţie, legate de maniera de comportament a subiectului, atît în acţiunile pe care le execută, cu interes sau fără, modul în care copilul reacţionează la succes (prin mulţumire şi bucuria reuşitei), cît şi în cazul unui eşec (prin indiferenţă şi fără preocuparea de a analiza cauzele care au generat nereuşita).

Prezintă importanţă şi reacţiile de bucurie ale copilului pe care le determină situaţiile în care reuşitele sale se manifestă pe planul trăirii, analizei şi observaţiei unui comportament motric deosebit. Nu trebuie omise nici condiţiile care pot facilita sau se pot opune preocupării subiectului de a obţine rezultate favorabile, ştiut fiind că insuccesul poate determina renunţarea la acţiune, atunci cînd procesul de pregătire nu este dublat de o metodologie de lucru adecvată. Nu sînt rare situaţiile cînd insuccesul este de natură să creeze condiţiile optime ce vor asigura mobilizarea subiectului pe toate planurile, pentru a elimina cauzele care au generat aceste stări de regresie şi a modifica factorii ambientali care au determinat neîmplinirile, a efectua o analiză a modului în care poate acţiona pentru a evita insuccesul.

Copilului, pentru a înţelege mai bine ce reprezintă mişcarea, trebuie să-i fie asigurate toate condiţiile, pentru ca el să poată efectua practic aceste acţiuni, ceea ce îi va oferi posibilitatea de a răspunde efectiv la întrebările pe care şi le-a pus: pentru ce este nevoie să execut aceste mişcări? Cum să mişc în acelaşi timp şi braţele şi picioarele? Ce trebuie să fac ca să pot executa aceste mişcări aşa cum mi se cere? De ce unele mişcări le pot executa, iar altele nu?

Metodologia formării gesturilor

Terapeutul îşi orientează atenţia asupra acelor segmente ale corpului, care sînt solicitate în asigurarea echilibrului şi a deplasării. În acest sens, exerciţiile vor fi orientate spre mobilizarea lor în toate axele şi planurile de mişcare, dar şi în variante ale acestora, cu scopul de a lărgi aria lor de mişcare de la aceste niveluri.

Acest sistem de acţionare îl va conduce pe copil la înţelegerea pe care trebuie să o acorde fiecărei articulaţii şi mai ales rolului pe care articulaţiile îl au în executarea unei mişcări. Terapeutul urmăreşte să mobilizeze succesiv articulaţiile de la nivelul membrelor inferioare şi superioare, apoi a bazinului, a coloanei vertebrale, a gîtului şi capului. Atenţia acordată bazinului este motivată de faptul că poziţia corectă a acestei articulaţii permite menţinerea poziţiei ortostatice, în timp ce centura scapulară are rolul deosebit de a asigura condiţiile pentru mişcările braţelor. Se urmăreşte ca centura scapulară să aibă asigurată independenţa de mişcare faţă de coloana vertebrală, oferind

posibilitatea de a mişca liber braţele în toate axele şi planurile fiziologice, cu amplitudine şi eficienţă maximă.

Bazele generale ale organizării şi orientării exerciţiului

Exerciţiul este modalitatea practică prin intermediul căreia corpul se poate exprima, atît pe planul dezvoltării şi al trăirilor, cît şi pe cel al corectării unor tulburări ale formei sale. Exerciţiul este un mijloc prin care se urmăreşte asigurarea unui nivel corespunzător pe plan motric şi psihomotric. În acest sens, acţiunile vor putea fi eficiente dacă se acordă atenţie următoarelor repere: orice repetare a unui exerciţiu trebuie să fie intercalată cu pauze: cel mai important în perceperea mişcărilor este modul în care copilul reuşeşte să-şi mobilizeze segmentele, utilizînd minimul de contracţie, şi nu contracţiile voluntare intense; mişcările să fie precis localizate, urmărind asigurarea unei stări de relaxare la nivelul celorlalte părţi ale corpului, care să permită controlul acţiunilor şi corectarea eventualelor abateri de la structura corectă a mişcărilor; mişcările executate corect cu o anumită parte a corpului să fie orientate şi spre celelalte părţi ale corpului, cu scopul de a dobîndi şi o localizare neuro-motrică, nu numai perceptiv-motrică; exerciţiile să fie însuşite în condiţii diferite, pentru a se putea adapta la o mare varietate de situaţii; exerciţiile să fie repetate, pornind de la poziţiile standard ca, mai apoi, segmentele să fie plasate în poziţii din ce în ce mai diverse; exerciţiile însuşite vor fi executate într-un ritm din ce în ce mai alert pentru a atinge nivelul de automatizare şi de control central al sistemului de mişcări

Modalităţi de aplicare

Aceste recomandări au rolul de a stabili cadrul general de care trebuie să se ţină seama atunci cînd atenţia este orientată spre sistemul de influenţare favorabilă prin intermediul exerciţiului fizic. De pe aceste baze, terapeutul îşi îndreaptă atenţia asupra sistemului de mijloace prin intermediul cărora realizează scopul de bază al procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

Utilizarea exerciţiilor, în cadrul procesului de reeducare pe plan psihomotric, obligă terapeutul ca, pe lîngă efectele morfo-funcţionale, sistemul de mijloace să fie orientat şi spre o influenţare pe plan psiho-pedagogic.

În această direcţie, sistemul de acţionare trebuie clădit pe următoarele elemente orientative: sistemul de mijloace trebuie să fie grupat în jurul problemelor speciale pe care le impun formele de inadaptare ale copilului; în aceste condiţii, să fie eliminaţi factorii care produc o stare de nelinişte, pentru a evita starea de agitaţie şi a asigura încrederea copilului în acţiunile pe care terapeutul le organizează. Sub raportul ambianţei şi al sistemului de înţelegere, copilul trebuie să considere cabinetul ca pe un mediu familial. Se urmăreşte ca, în legătură cu educarea atenţiei copilului, să se pornească de la formele cele mai simple, ca, treptat, să se ajungă la cele mai înalte. Pentru a obţine efecte educative scontate, trebuie ca exerciţiul să fie înţeles, solicitant şi util pentru scopurile pentru care este utilizat, iar atenţia să-i fie orientată şi spre dezvoltarea senzaţiilor, fapt ce impune ca acesta să aibă un caracter concret şi precis direcţionat. Un exerciţiu este util atunci cînd, pe plan educaţional, oferă condiţii de transfer al achiziţiilor dobîndite anterior, iar principala orientare a fiecărui exerciţiu să fie legată de realizarea obiectivului propus, de deplina lui reuşită indiferent de

condiţiile de utilizare. Capacitatea de efort se dezvoltă dacă se porneşte de la cele mai simple forme de mişcare spre cele mai complexe condiţie în care exerciţiile utilizate trebuie să contribuie la refacerea etapelor care se constată că sînt deficitare sau chiar lipsesc din bagajul psihomotric al copilului. Acest aspect trebuie să fie încheiat cu afirmaţia: „Educaţia începe cînd există judecată (gîndire)".

Modalităţi de selecţionare şi de utilizare a exerciţiilor

Terapeutul, în funcţie de nivelul de pregătire al minorului, de capacitatea de înţelegere şi reţinere a acţiunilor, de obiectivele urmărite şi de condiţiile de lucru, atunci cînd selecţionează exerciţiile pentru realizarea temei propuse, trebuie să ia în consideraţie următoarele reguli: creşterea gradată a nivelului de dificultate a acţiunilor. Exerciţiile care au un grad mai ridicat de dificultate vor fi intercalate cu cele cunoscute şi care sînt executate cu uşurinţă, chiar cu plăcere. Progresia trebuie să fie lentă şi minuţios eşalonată. Pentru a evita eşecul, gradul de dificultate al exerciţiilor trebuie să fie în acord cu nivelul de pregătire al copilului. În acest sens, se acordă atenţie dezvoltării capacităţii de combinare şi cuplare a mişcărilor, concretizată prin coordonarea dintre braţe, picioare şi trunchi; modificarea poziţiei corpului în spaţiu în raport cu unele puncte fixe, ceea ce contribuie la dezvoltarea capacităţii de orientare spaţio-temporală. În sfera mijloacelor vor fi incluse şi elementele care solicită menţinerea corpului în echilibru, dar şi asigurarea condiţiilor de refacere a stabilităţii corpului, în timpul, dar şi după efectuarea unor acţiuni. Treptat, se includ în sistemul de mijloace şi elementele care pun în evidenţă capacitatea de adaptare la un ritm extern (muzică), ceea ce uşurează învăţarea mişcărilor. Cultivarea metodică a capacităţii de mişcare trebuie să-l ducă pe copil la atingerea parametrilor de diferenţiere chinestezică. Atingerea acestui parametru îi oferă copilului posibilitatea de a diferenţia execuţia mişcărilor prin modificarea gradată a ritmului de execuţie şi a condiţiilor de desfăşurare. Activitatea organizată în grup asigură condiţii optime de influenţare pozitivă, întrucît oferă posibilitatea de a imita acţiunile partenerilor, trezeşte dorinţa de afirmare, dă satisfacţie atunci cînd execuţia se ridică la nivelul cerinţelor.

Copilul cu tulburări sau dificultăţi pe plan psihomotric prezintă particularităţi specifice sub raportul proceselor de cunoaştere, în domeniul motricităţii şi al afectivităţii.

Pentru a acţiona corect în direcţia reeducării pe planul structurilor şi conduitelor perceptiv-motrice, este necesar să abordăm principalele abateri de la normal pe planul motricităţii.

Este cunoscut că deficientul mintal are un nivel scăzut al motricităţii, ceea ce constituie o problemă căreia terapeutul trebuie să-i acorde atenţia cuvenită, orientînd procesul de reeducare în direcţia creşterii gradului de adaptabilitate la sistemul general de cerinţe.

O privire de ansamblu asupra tulburărilor de motricitate ne relevă că, sub raportul vitezei de execuţie a mişcărilor cît şi al vitezei de reacţie, nivelul este mai scăzut la cei cu leziuni cerebrale decît la cei cu debilitate de tip familial.

În situaţia în care are de executat mişcări care solicită o anumită precizie, atît în acţiunile cu amplitudine cît şi în cele de fineţe, copilul întîmpină dificultăţi în realizarea lor întrucît sînt parazitate de sincinezii. Chiar şi în condiţiile în care trebuie

să imite unele mişcări, apar dificultăţi în efectuarea lor, ceea ce determină ca unele deprinderi motrice să fie însuşite cu unele neajunsuri.

Pornind de la insuficienţa senzaţiilor kinestezice, reglarea forţei musculare întîmpină unele dificultăţi şi asta din cauza incapacităţii de contracţie a grupelor musculare agoniste şi a relaxării celor antagoniste.

Trecerea de la un nivel de mişcare la altul se face cu dificultate întrucît nu este capabil să-şi asigure relaxarea voluntară.

Gama dificultăţilor are ca substrat o slabă concentrare a atenţiei asupra modalităţilor de efectuare a acţiunilor. Aceşti copii se abat de la scopul fixat dacă întîmpină dificultăţi, trecînd uşor la executarea altei activităţi mai facile.

Sînt situaţii cînd indicaţiile verbale ale terapeutului contribuie în mai mică măsură la organizarea şi corectarea comportamentului motor în raport cu valoarea acestora la copilul normal dezvoltat.

După P. Holman (citat de Arcanu şi Ciumăgeanu, 1980, p. 185), dacă se asigură condiţii de antrenament, motricitatea poate fi ameliorată în mod simţitor, apropiindu-se mult de nivelul normalităţii, mai ales în coordonarea oculo-manuală şi în direcţia abilităţilor manuale.

Efectul succesului sau insuccesului asupra activităţilor ulterioare depinde nu numai de nivelul intelectual, ci şi de unele particularităţi ale copilului. Unii autori relevă existenţa a două categorii de debili mintali: unii care luptă pentru succes, alţii care încearcă să evite insuccesul.

Stabilirea cadrului general în care se desfăşoară procesul de reeducare psihomotrică permite analiza componentelor de bază, prin intermediul cărora se poate acţiona în direcţia corectării principalelor forme de inadaptare a copilului la cerinţele şcolare şi sociale.

Terapeutul orientează procesul de reeducare psihomotrică, în primul rînd, asupra îmbunătăţirii percepţiei şi controlului de către copil a propriului corp.

PERIODIZAREA ACTIVITĂŢII DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

În faţa terapeutului se prezintă un copil cu dificultăţi pe care le-a trăit şi le mai trăieşte. El încearcă să se apere de aceste neajunsuri, pe care le conştientizează, dar încercările lui au fost sortite eşecului. Copilul trece fie printr-o stare de „renunţare pasivă", manifestată prin „repliere tristă în inhibiţie", fie intră într-o stare de „renunţare activă" sub forma „opoziţiei faţă de lucru", maniofestată printr-o stare de agitaţie, de indisciplină.

Indiferent de direcţia în care îşi orientează opţiunile, el are tendinţa de a „proiecta în ceilalţi" (toţi cei cu care vine în contact) dificultăţile sale.

Prezentîndu-se în faţa terapeutului, copilul are posibilitatea – dacă vrea – de a-şi reconstrui copilăria, de a se detaşa de toate dificultăţile pe care le întîmpină în şcoală şi în societate.

Practic, pentru a intra în relaţie cu un copil, terapeutul foloseşte o serie de mecanisme de colaborare, orientare şi susţinere, de a căror reuşită depinde rezultatul procesului de reeducare psihomotrică.

O altă componentă căreia terapeutul trebuie să-i acorde o deosebită atenţie este stabilirea cronologiei de desfăşurare a procesului de reeducare psihomotrică.

După J.J. Giullarme (1982, p. 161), trei sînt intervalele de evoluţie ale unei reeducări psihomotrice: repetarea directă a „problematicii" personale; simbolizarea şi interpretarea conflictelor; controlul şi integrarea individuală a dificultăţilor.

Această viziune asupra evoluţiei procesului de reeducare psihomotrică oferă cadrul general pentru studierea particularităţilor fiecărei perioade de lucru, dar mai ales a etapelor care compun aceste perioade. Fiecare etapă a unei perioade, prezintă particularităţile care o diferenţiază de celelalte prin: obiectivele stabilite, sistemul de mijloace utilizat, efectele pe care le determină şi metodele pe care terapeutul le utilizează.

Practica a condus la stabilirea a trei perioade de lucru: perioda introductivă; perioada fundamentală; perioada finală. Conţinutul acestor perioade este în funcţie de: nivelul tulburării, capacitatea copilului de a se încadra în sistemul de lucru, dar şi de experienţa şi potenţialul conceptual al terapeutului.

Perioada introductivă

Debutul reeducării psihomotrice constituie cea mai sensibilă, delicată, dar şi încordată stare, întrucît sînt puşi faţă în faţă cei doi protagonişti; „sînt prea departe unul de altul pentru a se apropia şi totuşi sînt prea aproape pentru a se despărţi".

Această stare de tatonare, de confuzie, de cîntărire a şanselor oferă posibilitatea terapeutului de a pune în „operă" întreaga sa măiestrie, tactul său pedagogic, capacitatea sa de „a asculta cerinţele care i se adresează".

Această perioadă, sub raport didactic, este organizată în trei etape: etapa primei înfăţişări; etapa testării capacităţii psihomotrice; etapa stabilirii proiectului acţiunilor reeducative.

Discuţiile cu părinţii sau cu persoanele care însoţesc copilul, vizează, de obicei, următoarea problemă: ce anume în comportamentul copilului a decis solicitarea controlului de specialitate; dacă aceste abateri de la comportamentul psihomotric normal sînt de dată recentă sau mai vechi şi care a fost evoluţia lor; dacă în familie sau în colectivitatea sa preşcolară s-a remarcat ca un copil-problemă şi dacă mai are fraţi sau surori în acestă situaţie; este important de ştiut şi dacă naşterea a decurs normal sau nu, cunoscut fiind că travaliul prelungit înscrie şi o hipoxie cerebrală, ce este în măsură să confirme etiologia hipoxică a tulburărilor sale comportamentale.

Sînt relevante şi condiţiile în care s-a dezvoltat copilul, sub raport social şi material; acest cadru anamnestic nu poate fi finalizat fără a consemna bolile micii copilării, care au fost şi cum le-a parcurs; în completarea antecedentelor personale, investigarea celor heredo-colaterale poate aduce informaţii dacă în familia copilului sau a rudelor sale au mai fost întîlnite cazuri asemănătoare, în special din categoria celor cu caracter familial sau ereditar.

Un alt aspect important se referă la comportamentul copilului la şcoală, în timpul orelor de clasă, sub raportul atenţiei şi al participării sale active la lecţie; capacitatea de înţelegere a temelor dezbătute în timpul lecţiei; dacă e liniştit sau turbulent pe parcursul orelor de clasă; dacă este apreciat sau nu de către colegii săi de clasă; nivelul memoriei, eventual coeficientul de inteligenţă (QI); cum se încadrează în sistemul de cerinţe înscrise în baremurile pe grupe de vîrstă, promovate în activitatea de educaţie fizică.

Traseul copilului cu tulburări psihomotrice este următorul: după consultul medical şi psihologic, dacă se confirmă necesitatea unui program corespunzător, copilul este orientat – din acest moment – către specialistul în reeducare psihomotrică. Trebuie făcută precizarea că acest program, al cărei artizan este indiscutabil psihomotricianul, nu poate fi conceput decît într-o echipă, din care nu trebuie să lipsească psihologul, asistenta socială şi, bineînţeles, familia.

În familiile cu mai mulţi copii, un rol important îl joacă fratele sau sora cea mai mare, care pot asigura, în lipsa părinţilor, armonie şi înţelegere între ei.

Activitatea şcolară este crucială, în eforturile de recuperare psihomotrică a acestor copii, considerînd că disciplinarea pe plan psihic este nemijlocit legată de disciplinarea pe plan motor.

Urmare a constatărilor cadrelor medicale şi ale psihologului, părinţii sînt îndrumaţi să prezinte copilul unui specialist în reeducare psihomotrică.

• *Etapa primei înfăţişări*

De acord cu părinţii, se stabileşte ziua şi ora cînd vor fi prezenţi la cabinet pentru a-l prezenta pe copil. Discuţia cu părinţii, atunci cînd vin la terapeut pentru a stabili termenii reeducării, este axată pe unele probleme esenţiale.

De regulă, vine mama, care este mai afectată de disfuncţiile pe care le are copilul. Cu acestă ocazie, specialistul încearcă să pătrundă în realitatea pe care o trăieşte copilul. Din discuţii, se urmăreşte a evidenţia: dacă mama este dispusă să relateze toate aspectele legate de evoluţia copilului; dacă prezintă aspectele fiind degajată sau se constată o oarecare stînjeneală; dacă pare tristă, oarecum rigidă sau este chiar deprimată; care sînt aspectele care o nemulţumesc în manifestările copilului; cum vede evoluţia copilului în viitor; după părerea sa, care sînt factorii care au condus la acestă stare de fapt.

Se recomandă părinţilor să nu creeze o stare de tensiune, să nu-l sperie, să nu-l ameninţe cu tot felul de fantasmagorii.

Intrînd în sală, copilul şi părinţii se adresează specialistului cu formula: „Sîntem îndrumaţi de către: medic, psiholog sau diriginte, pentru că acest copil are nevoie să fie ajutat".

Urmează o discuţie cu părinţii în prezenţa copilului. Cu această ocazie, se pune în evidenţă: ce-i preocupă pe părinţi în legătură cu copilul lor; de cînd sînt mai evidente aceste dificultăţi; care sînt rezultatele la învăţătură; cum se comportă în familie, dacă are fraţi sau surori, care sînt relaţiile dintre ei.

Aceste discuţii au un caracter general, ele nu trebuie să vizeze tulburarea evidentă pe care o prezintă copilul, ci mai mult aspectele relaţionale şi posibilităţile de comunicare dintre membrii familiei. După plecarea părinţilor, terapeutul abordează problematica reeducării printr-o discuţie liberă axată, în principal, pe aspecte cu caracter general, numele, prenumele, locul şi data naşterii, elev în clasa ... la şcoala ...

Se trece la aflarea realităţii în care trăieşte copilul prin întrebări legate de: relaţia sa cu părinţii sau bunicii; cu fraţii şi surorile sale; ce rude apropiate are şi care sînt relaţiile cu ele; ce fel de prieteni are; dacă sînt băieţi sau fete; dacă sînt vecini sau colegi de şcoală; ce probleme are în familie cu mama sau cu tata.

Copiii pe care îi întîlnim trebuie conduşi cu multă răbdare, cu mult tact, cu multă competenţă. De la ei veţi afla, treptat, care sînt problemele cu care se confruntă, uneori şi cauzele care au condus la această stare de fapt, pentru ca specialistul să conceapă şi să aplice cele mai potrivite modalităţi de înlăturare a acestor tulburări psihomotrice.

După această discuţie introductivă, terapeutul îi cere copilului să se plimbe prin cabinet pentru a vedea cu ce obiecte şi aparate vor acţiona în cadrul procesului de reeducare. În acest timp, terapeutul se retrage fie în birou, fie în cabinetul său special rezervat care dispune de un geam prin care poate observa toate reacţiile copilului, atunci cînd nu este sub controlul specialistului.

Terapeutul va urmări reacţiile copilului faţă de ambianţa oferită de cabinet. În acest sens, atenţia trebuie să fie orientată spre modul în care încearcă să se apropie de obiecte: le pipăie, încearcă să le cunoască, le manevrează, le aşază ordonat sau le aruncă; sau este indiferent faţă de ce vede; manifestă teamă atunci cînd este lăsat singur, fiind gata să plîngă; priveşte fără a se apropia de obiecte sau se retrage într-un colţ şi aşteaptă să fie întrebat; se urmăreşte modul în care apreciază timpul (în cabinet se află un ceas mare de perete), dacă, stînd retras, priveşte ceasul pentru a aprecia scurgerea timpului; se observă dacă dă semne de nelinişte, de nerăbdare, ce gesturi

execută cu mîinile, ce face cu picioarele; se observă dacă este agitat sau liniştit ori total indiferent, fără a manifesta nici un fel de interes faţă de ambianţa în care se află.

Urmărind modul de comportare al copilului, terapeutul trebuie să aibă în vedere şi unele particularităţi, determinate de nivelul tulburărilor pe care le prezintă: potenţial scăzut pe plan fizic şi psihic; potenţial redus de menţinere a atenţiei; distragerea cu uşurinţă a atenţiei de către unii factori externi; un nivel ridicat al tulburărilor de comportament; dificultate de a intra în relaţii cu persoane străine.

• Etapa a II-a – Testarea

Potenţialul psihomotric al unui copil poate fi pus în evidenţă prin intermediul unor probe specifice care au fost etalonate şi verificate în practică. Aplicarea acestor probe este legată de respectarea unor reguli care, neglijate, scad din valoare, ajungîndu-se pînă la nulitatea lor.

Bilanţul psihomotor trebuie să cuprindă acele probe care pot furniza date despre profilul real al copilului. În acest sens, testele utilizate trebuie să pună în evidenţă: abilitatea manuală; abilitatea copilului de a angrena corpul în acţiuni cu schimbări de poziţii şi direcţii; controlul echilibrului static şi dinamic; acţiuni prin intermediul cărora copilul să-şi evidenţieze că a intrat în posesia corpului (înţelegerea schemei corporale); reprezentarea grafică a spaţiului; reprezentarea şi înţelegerea structurilor ritmice şi temporale; lateralitatea. Se urmăreşte modul în care copilul reuşeşte să angreneze în acţiuni membrele superioare şi cele inferioare, armonia şi coordonarea mişcărilor dintre corp, trenul superior şi cel inferior.

Trecerea probelor este însoţită de unele observaţii privind motricitatea generală, şi anume: merge corect, dacă nu, ce tulburări apar; aleargă, caracterul alergării: legănat, prin salturi, pasul mic, calcă pe toată talpa etc.; poate urca şi coborî scările; trece peste şi pe sub obstacole; acuză dureri în timpul sau după trecerea probelor practice; ce manifestări apar sub raportul: schemei corporale, lateralităţii, organizării şi orientării spaţio-temporale; nivelul grafismului.

Testele psihomotrice, ca şi testele psihologice, nu dau decît date brute obiective, care rămîn să fie interpretate cu multă subiectivitate. Examenul psihomotor nu are semnificaţie decît integrat în ansamblul investigaţiilor ce pot contribui la înţelegerea copilului, a personalităţii sale, a problemelor sale şi a modului în care este investit.

Aplicarea bateriei de teste se sprijină pe cunoaşterea vieţii copilului, cunoaşterea comportamentului său familial şi şcolar; pe teste de nivel mental, teste proiective, dar şi pe un eventual examen neurologic.

Pentru a pune în evidenţă posibilităţile psihomotrice ale copilului, pot fi utilizate următoarele teste: Ozeretski-Guillmain pentru: coordonarea oculo-manuală; coordonarea dinamică şi controlul postural (echilibrarea statică); Piaget-Head: organizare latero-spaţială; Auzias: stabilirea lateralităţii; Mira-Stamback: structurare spaţio-temporală;

• Etapa a III-a – Proiectul reeducativ

Urmărind modul în care copilul se înscrie în sistemul de cerinţe pe plan comportamental, terapeutul are posibilitatea de a descoperi dificultăţile asupra cărora trebuie să-şi orienteze atenţia, cît şi modalităţile practice prin intermediul cărora va

putea acţiona pentru a reuşi să-şi îndeplinească obiectivele propuse. Stabilind direcţiile principale de abordare a modalităţilor de acţionare, terapeutul se orientează asupra sistemului de mijloace prin intermediul căruia consideră că poate obţine ameliorarea treptată a comportamentului copilului.

După Pick şi Vayer (1968, p. 225), atenţia terapeutului trebuie să fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-l determine pe copil să dobîndească: conştiinţa propriului corp; stăpînirea echilibrului; controlul eficient al diverselor coordonări, globale şi segmentare; controlul inhibiţiei voluntare şi al respiraţiei; organizarea schemei corporale, a orientării spaţio-temporale; cît şi posibilităţi de adaptare la cerinţele vieţii şcolare şi familiale.

Profilul psihomotor al copilului întîrziat mintal este evidenţiat prin fapte şi acţiuni. Progresul în dobîndirea mişcărilor este în strict acord cu dezvoltarea sistemului neuromuscular. Întîrzierea poate fi evidenţiată prin teste de psihomotricitate, care pot distinge şi unele întîrzieri în dezvoltarea intelectuală.

Deficienţa mentală de nivel mediu şi profund, după Pick şi Vayer (1968, p. 176), prezintă următoarele particularităţi ale dezvoltarii pe plan psihomotric: tulburare accentuată a echilibrului static şi postural; manifestări frecvente ale sincineziilor; dificultăţi accentuate în organizarea, orientaterea şi structurarea spaţio-temporale; dificultăţi majore de coordonare a mişcărilor; incapacitatea de a-şi structura comportamentul pentru a se adapta acţiunilor motrice; dificultăţi majore de executare a unor mişcări precise, cît şi de relaxare voluntară globală sau segmentară; apar frecvente dereglări, atît la inspiraţie cît şi la expiraţie, prin manifestarea apneei, dificil de armonizat cu respiraţia; mai pot fi puse în evidenţă unele stări de slăbiciune la nivelul membrelor superioare, iar la nivelul membrelor inferiore se observă că mersul este nesigur, cu picioarele uşor depărtate, iar pasul este uneori titubant.

Reeducarea psihomotrică este complexă, întrucît sînt implicate mai multe domenii: psihologie, pedagogie, psihiatrie infantilă, expresie corporală, muzică şi se acţionează prin intermediul mişcărilor asupra întregului corp, a întregii personalităţi, fapt ce obligă la o selecţie riguroasă a mişcărilor, pentru a contribui la dezvoltarea motorie globală, la dezvoltarea structurilor spaţio-temporale, la inserţia socio-afectivă.

Aceste argumente sînt de natură să explice de ce cîmpul reeducării psihomotrice este atît de larg, cuprinzînd în aria sa de acţiune cu caracter pedagogic atît copilul cu deficienţă mentală, cu grade diferite de dificultate, cît şi pe acei copii normal dezvoltaţi pe plan intelectual, dar care prezintă un grad mai ridicat al neadaptării pe planul emotivităţii, impulsivităţii, al dezorganizării spaţio-temporale, unele tulburări de schemă corporală sau de lateralitate.

Pe baza testelor pe care copilul le-a efectuat, cît şi cu ocazia discuţiei purtate, terapeutul are datele necesare care să-l conducă la întocmirea planului de acţiune pentru perioada următoare.

Durata şi conţinutul procesului de reeducare psihomotrică sînt în funcţie de nivelul tulburării, de natura ei, de vîrsta copilului, de capacitatea de adaptare, dar şi de „puterile" şi „limitele" sub raportul potenţialului său psihomotric.

Planul terapeutic va trebui să fie „clădit" în strict acord cu nivelul tulburărilor şi dificultăţilor copilului, fapt ce impune, ca acesta, să cuprindă următoarele componente:

a) *cu ce mijloace acţionează*: în funcţie de comportamentul copilului (pasiv sau activ), pot fi utilizate mijloace libere şi mijloace dirijate.

Mijloacele libere sau la alegere sînt cele care promovează: spontaneitatea, creativitatea, descoperirea de către copil a „senzaţiilor" care-l vor conduce spre găsirea propriului corp, a carenţelor sale, a mijloacelor prin care poate să depăşească dificultăţile manifestate pe planul activităţilor sale corporale.

Mijloacele dirijate privesc acele gesturi motrice care îl pun pe copil în situaţia de a efectua corect, precis şi coordonat o sumă de mişcări, prin care se urmăreşte dezvoltarea acelor aptitudini care constituie carenţe în pregătirea sa motrică. În general, sînt selecţionate mijloacele care favorizează cel mai bine dezvoltarea deprinderilor motrice de bază, dar sînt selecţionate şi sistematizate şi alte mijloace, în funcţie de caracteristicile de bază ale motricităţii copilului;

b) cum poate fi eşalont programul de lucru: a eşalona înseamnă, de fapt, a evidenţia strădaniile pe care trebuie să le depună copilul în procesul de reeducare. Trebuie înţeles faptul că strădaniile reprezintă acea latură a personalităţii prin care se pune în „operă" modul în care copilul poate să se concentreze asupra acţiunilor în curs de desfăşurare, poate să găsească resursele interne care să-l conducă la reuşită, poate să armonizeze resursele terapeutului cu înclinaţiile, năzuinţele, dar şi opţiunile sale;

c) ce elemente de prognostic pot fi stabilite: chiar înaintea desfăşurării primelor lecţii, terapeutul este obligat, în linii generale, să stabilească posibilităţile şi limitele procesului de reeducare. Unele elemente de prognostic se pot stabili pornind de la modul în care copilul conştientizează situaţia dificilă în care se află, manifestată prin solicitarea de ajutor, prin dorinţa de a fi „mai bine", prin cooperare deschisă în procesul de reeducare.

Perioada fundamentală

Conţinutul perioadei fundamentale trebuie să fie axat, în principal, pe strategiile metodologice, care asigură condiţii pentru alcătuirea unor programe orientate spre corectarea manifestărilor de inadaptare, sub toate formele ei.

Se constată că, oricare ar fi tulburările aparente şi cauzele de inadaptare, în majoritatea cazurilor se întîlnesc deficienţe care sînt, aproape totdeauna, aceleaşi: insuficienta percepţie şi control al propriului corp; incapacitatea mai mult sau mai puţin importantă a controlului respirator; tulburări de echilibru; tulburări de orientare şi dificultăţi de organizare spaţio-temporală.

Cît priveşte reeducarea psihomotrică a acestor tulburări, trebuie făcută precizarea că ea se constituie ca un tot unitar. Concepţiile care atribuie valenţe separate pentru latura psihică a acestui proces, în antiteză cu cele ce acţionează pe plan motric, sînt categoric eronate.

Planul terapeutic întocmit pentru aceşti copii trebuie să pornească de la universul restrîns al spaţiului în care trăiesc, avînd ca principale repere modelarea structurilor comportamentale integratoare, cu referire la coordonarea posturală, coordonarea senzorio-motrică, comportamentul verbal şi socio-familial

Pentru traducerea în practică a acestor obiective, terapeutul are la dispoziţie modalităţi variate de intervenţie, constînd în: utilizarea unor forme obişnuite de

mişcare, desfăşurate în condiţii schimbătoare; trecerea treptată de la demonstrarea unei anumite mişcări, la execuţia ei de către copil pe baza instructajului verbal; dozarea şi gradarea sistemului de cerinţe raportat la nivelul de dificultate; consolidarea, prin repetare, a engramelor motorii

Pentru îndeplinirea acestor obiective, terapeutul trebuie să-şi îndrepte atenţia asupra asigurării celor mai potrivite căi, mijloace metode şi sisteme de acţionare, care să fie în strict acord cu restantul funcţional al copilului, dar şi cu particularităţile sale de vîrstă.

Organizarea procesului de reeducare psihomotrică oferă condiţii ca terapeutul să apeleze, cu bune rezultate, la principiile şcolii active, în care copilul trebuie să fie pus în situaţia de a se manifesta independent, de a verbaliza acţiunile pe care le efectuează, de a decoperi greşelile pe care le-a făcut, de a relata cum este corect să execute acţiunea, de a găsi cea mai bună soluţie şi cale pentru a fi mai apreciat pentru reuşitele sale.

În organizarea programului de activităţi, terapeutul are în vedere totalitatea mijloacelor şi metodelor de care copilul ar putea beneficia. Programul nu este limitat în timp, el are un carter global. Din acest plan global, raportat la starea prezentă a copilului cu tulburări psihomotrice, terapeutul, în baza evaluării restantului funcţional şi a indicaţiilor medicale, după caz şi ale psihologului, defalcă programul de tratament ce se eşalonează pe o durată de circa 4-6 săptămîni, după care, în baza bilanţului terapeutic performant, se va decide conţinutul viitorului program terapeutic, de data aceasta, pe o durată de circa 8-10 săptămîni.

Condiţiile materiale trebuie să ofere copilului posibilitatea de a se manifesta dinamic, concretizată prin: apucarea şi manevrarea eficientă a obiectelor cu care vine în contact; examinarea atentă şi găsirea celor mai potrivite căi de utilizare eficientă a obiectelor, fie de uz personal, fie de joc; adaptarea corpului şi a segmentelor sale pentru a reuşi să efectueze corect acţiunile preconizate.

Privite în ansamblu, serviciilor specializate, alături de familiile copiilor cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, le revin următoarele obligaţii:

- asigurarea condiţiilor optime pentru dobîndirea de noi experienţe prin care să valorifice capacităţile psihomotrice acumulate; utilizarea în procesul de reeducare a acelor mijloace prin care să se dezvolte componentele kinestezice;
- să se ofere copilului posibilitatea de a percepe o gamă variată de mijloace, pe care imitîndu-le, să aibă posibilitatea de a-şi lărgi şi perfecţiona bagajul motric.
- orientarea procesului de educare sau reeducare pornind de la elementele de selectare a exerciţiilor, care să valorifice nu numai manevrarea obiectelor, ci şi efectuarea unui anumit sistem de gesturi şi corelarea acestora cu cele ale partenerilor, manifestate sub formă de joc;
- în cadrul treptelor metodice de utilizare a sistemului de mijloace, să se urmărească trecerea de la imitarea acţiunilor (esenţială în prima etapă) la efectuarea lor pe bază de instructaj verbal, ceea ce va conduce la însuşirea unor deprinderi motrice din ce în ce mai complexe şi cu un grad crescut de dificultate;
- evaluarea potenţialului psihomotric trebuie să fie urmărită şi consemnată, pentru a reuşi să fie evidenţiate progresele înregistrate într-o anumită unitate de timp.

În aceste condiţii, terapeutul are posibilitatea de a-şi analiza propriul program de tratament şi, după caz, să poată interveni ca, pe viitor, să aplice corectivele care se impun, atît în cadrul planului general, cît şi în sistemul de mijloace şi orientări metodice pe care le va aplica în următoarele etape, pentru a reuşi să diferenţieze obiectivele ce revin celor două componente ale procesului de reeducare: cel motric şi cel psihic.

Dacă pe plan educativ sînt bine stabilite principiile după care se conduce un educator, pe plan reeducativ, terapeutul, trebuie să monitorizeze fiecare moment al evoluţiei copilului, atît pe plan motric, cît şi pe cel psihic. În procesul de reeducare psihomotrică, terapeutul nu poate anticipa modul în care copilul va reacţiona la cerinţele ce-i vor fi adresate, dacă au fost sau nu înţelese intenţiile pe care le are.

În acest context, atenţia terapeutului trebuie îndreptată asupra îmbinării armonioase a celor două componente ale activităţii pe care o conduce, cea psihică şi cea motrică. Pe plan psihic, terapeutul trebuie să fie preocupat, cu precădere, de comportamentul cotidian al copilului, care furnizează detalii deosebit de importante, privind modul în care reuşeşte sau nu să se încadreze în anturajul său, reacţiile sale la evenimentele ce-i sînt sau nu pe plac, gestica şi mimica sa sau unele manifestări care se repetă de o manieră stereotipă.

Adaptarea, privită din punct de vedere psihologic, presupune asimilarea de noi cunoştinţe şi valori, dar şi renunţări la atitudini sau valori personale care se dovedesc nefuncţionale, pentru că sînt considerate inacceptabile de către societate. Vom spune că un copil este adaptat atunci cînd realizează, în egală măsură, adaptarea pedagogică (sau instrucţională) şi adaptarea relaţională (T. Rudică, 1998, p. 295).

Referitor la adaptarea pedagogică, se are în vedere capacitatea copilului de a se încadra în sistemul de cerinţe din cadrul procesului de reeducare, pe cînd adaptarea relaţională se referă la capacitatea de a manifesta o atitudine corespunzătoare faţă de ambianţa reeducativă. Copilul se află în situaţia de a accepta şi respecta regulile impuse de cadrul pedagogic în care se desfăşoară procesul de reeducare psihomotrică.

Preocupările terapeutului trebuie să fie orientate, pe lîngă sistemul de mijloace pe plan motric, şi spre cele legate de comportamentul cotidian al copilului, care ilustrează, de fapt, modul său de adaptare la mediu. Din acest motiv, conţinutul perioadei fundamentale trebuie să fie axat şi pe structurea sa comportamentală, care îi permite să se afirme şi să progreseze, atît pe planul relaţiilor sale cu terapeutul, cît şi faţă de celelalte persoane din mediul său familial.

Terapeutul trebuie să asigure condiţii optime pentru manifestarea unor trăsături comportamentale, pe care copilul încă nu este în măsură să le evidenţieze, dar pe care le va dobîndi în cadrul procesului de reeducare.

Privită în ansamblu, perioada fundamentală este organizată pe trei etape: adaptarea la sistemul de cerinţe; integrarea interdicţiilor; dezvoltarea combativităţii.

• *Etapa I – Adaptare la cerinţe*

Activitatea reeducativă se construieşte pas cu pas, fiind organizată în funcţie de modul în care copilul reuşeşte să se adapteze la sistemul de mijloace utilizat. Procesul de reeducare psihomotrică se înscrie într-o strategie de ajutor. Ea cuprinde motricitatea ca pe un instrument de lucru, pornind de la cele mai simple acţiuni pe care copilul trebuie să le execute, pînă la cele mai dificile, în care este implicat şi psihicul.

Terapeutul îi oferă copilului posibilitatea de a-şi alege singur atît conţinutul jocului cît şi mijloacele prin care să acţioneze. În timpul desfăşurării acţiunilor individuale, terapeutul urmăreşte modul în care: îşi alege conţinutul jocului şi mijloacele pe care le utilizează, caracterul jocului, modul în care manevrează obiectele de joc; durata menţinerii unui joc sau trecerea de la un joc la altul. Observaţiile sînt de natură să-i ofere terapeutului suficiente date privind dificultăţile pe care le prezintă copilul, dar şi unele elemente pe care trebuie să le aibă în vedere atunci cînd alcătuieşte programul de lucru.

Terapeutul, pentru a se edifica asupra cauzelor care au generat tulburarea, apelează la mecanismul de derulare a copilăriei.

Repetarea copilăriei se realizează sub formă de joc, în care copilul îşi organizează acţiunile în concordanţă cu dorinţele sale. Terapeutul îl orientează, după care devine un observator atent al acţiunilor. Acest mod de a conduce activitatea oferă posibilitatea de a promova, mobiliza şi îndruma discret reîntoarcerea la copilărie pe planul activităţilor corporale. Acest comportament retroactiv, acceptat şi înţeles de către copil, trebuie considerat ca un progres în evoluţia psihomotrică a copilului, deoarece bagajul motric, practicat în anii precedenţi, este acum mult mai performant şi încurajează copilul spre noi performanţe. Avînd un caracter global, acest sistem cuprinde întreg corpul ca pe un instrument de lucru, ca un postament pe care se clădesc toate acţiunile, conduitele, gesturile motrice. Activităţile corporale sînt, de fapt, mijloacele prin care copilul validează întreaga sa existenţă. Se apelează la joc, considerat fiind cel mai potrivit mijloc de a reda, cu multă fidelitate, trăirile sale, bucuriile, dar şi necazurile pe care le-a întîlnit pînă în prezent.

Stabilind direcţiile principale de abordare a modalităţilor de acţionare, terapeutul se orientează asupra sistemului de mijloace şi metode prin care să obţină ameliorarea treptată a comportamentului copilului. Atenţia trebuie să-i fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-i faciliteze copilului posibilitatea de a dobîndi conştiinţa propriului corp, în relaţie cu stăpînirea echilibrului, pe parcursul diverselor situaţii ce reclamă coordonare segmentară sau globală. Se acordă o mare importanţă orientării spaţio-temporale a copilului, condiţie esenţială unei cît mai bune posibilităţi de adaptare la lume exterioară.

Dobîndirea, la nivel corespunzător, a acestor componente structurale îi va oferi copilului posibilitatea de a-şi stăpîni corpul, fapt care îl va conduce spre intuirea acelor modalităţi practice prin intermediul cărora să-şi controleze comportamentul. Pentru a ajunge la acest nivel, este un drum lung, care prezintă unele ezitări, ce trebuie înlăturate cu multă atenţie, răbdare şi înţelegere de ambele părţi, terapeut şi copil.

• *Etapa a II-a – Integrarea interdicţiilor*

Se porneşte de la ideea că reeducarea nu este o educare din nou, fapt ce poate fi atestat prin direcţiile de acţionare a celor două.

Educaţia este un proces de dezvoltare şi perfecţionare a omului. Educaţia se sprijină pe lege, pe muncă, pe intredicţii pentru a asigura copilului posibilitatea de a promova.

Reeducarea este acţiunea de a acţiona, de a relua şi reface educaţia nereuşită, cu scopul de a realiza integrarea în viaţa socială. Reeducarea poate fi funcţională,

morală şi socio-profesională. În şcoală, instruirea şi jocul sînt net diferenţiate; în reeducarea psihomotrică, jocul devine mijlocul principal prin care copilul îşi „cultivă" personalitatea.

Terapeutul, în funcţie de evoluţia copilului, de capacitatea sa de adaptare şi de încadrare în sistemul de acţionare pînă în acel moment, intervine cu o regulă care este formulată în termenii pe care copilul trebuie să-i înţeleagă şi la care trebuie să adere.

În cadrul sistemului de lecţii intervine, cu rezultate din ce în ce mai bune, sistemul de legi care asigură organizarea şi desfăşurarea acestei forme de activitate. În acest sens, sînt utilizate *legi fundamentale,* ce nu pot fi interpretate şi nici călcate, şi *legi circumstanţiale* (cum sînt regulile de joc sau anumite consemene), ce pot oscila sau chiar pot fi încălcate.

În procesul de reeducare psihomotrică, respectarea legilor este esenţială întrucît asigură condiţiile necesare pentru securitatea copilului, a terapeutului şi a cadrului material din sală

În aceste condiţii, copilul, treptat, se supune, considerînd că această regulă (interdicţie) are valoare generală pe care poate să o înscrie în linia sa de conduită.

Terapeutul trebuie să asigure un echilibru între cerinţe şi controlul îndeplinirii lor, dar să-i ofere copilului posibilitatea de manifestare a independenţei, care trebuie să fie „clădită" pe înţelegerea rolului sistemului de reguli care au fost stabilite. Atunci cînd copilul conştientizează importanţa regulilor introduse, sînt asigurate condiţiile psihlogice pentru evidenţierea unui comportament adaptativ.

Treptat, în lecţie, se acordă un loc şi un rol importante regulilor, mai ales în direcţia organizării şi desfăşurării activităţii de reeducare. Se trece, treptat, de la jocul organizat de copil, la cel orientat şi condus de către terapeut, în care sistemul de mijloace se diversifică, iar regulile devin condiţii de încadrare în activitate.

Este potrivit să se stabilească un cadru restrictiv cu caracter protectiv pentru copil, terapeut şi mediu de lucru. În procesul de reeducare există o modalitate particulară de acţionare „a face ca şi cum..." În aceste condiţii, terapeutul orientează activitatea copilului pentru a se manifesta, prin angajarea corpului în acţiuni complexe bazate pe teme imaginare. „Sîntem pe munte, vom urca pe acest vîrf – astfel copilul este îndemnat fie să execute o tîrîre, fie să se caţere pe o scară fixă.

Un rol important în desfăşurarea activităţii, mai ales după introducerea regulilor, îl are verbalizarea, fapt ce determină trezirea interesului şi conştientizarea treptată a activităţilor pe care le efectuează copilul.

Sfera influenţelor se lărgeşte atunci cînd, în cadrul lecţiilor, terapeutul introduce „terţul". Acest fapt conduce la dezvoltarea capacităţilor de adaptare a copilului la condiţiile diferite de lucru.

Introducerea unui „terţ" în timpul lecţiilor marchează un progres decisiv în activitatea copilului. Cu el se trece de la un semn izolat la un proces... de la o relaţie directă – unde senzaţia este concepută fără nuanţe – la o relaţie nuanţată introducînd ambivalenţa, în fine de la o relaţie opunînd cupluri de opuşi la o relaţie susceptibilă de a diferenţia realizarea dorinţei. În acest sens „terţul" introduce realul (J.J. Guillarmé, 1982, p.169).

Pe măsură ce dobîndeşte experienţă şi se adaptează tot mai bine la structurile psihomotrice, aria regulilor şi normelor disciplinare se lărgeşte, ceea ce îl va conduce la manifestarea unui comportament adecvat etapei sale de creştere şi dezvoltare.

• *Etapa a III-a – Educarea combativităţii*

În desfăşurarea procesului de reeducare psihomotrică, preocupările terapeutului trebuie să fie concentrate şi asupra unei laturi importante a comportamentului cotidian al copilului, manifestată prin combativitate. Acestă componetă comportamentală îi permite copilului să se afirme şi să evolueze în mijlocul celorlalţi.

Un cămin armonios oferă condiţii optime pentru formarea şi dezvoltarea combativităţii. Într-un cămin în care părinţii nu se înţeleg bine sau sînt despărţiţi, copilul, rănit în sentimentele sale, va avea reacţii manifestate prin agresivitate. Ea poate fi pasivă – manifestată prin refuzuri duşmănoase, prin fuga de acasă; sau activă – manifestată prin ameniţări, comportamente răutăcioase, ajungînd pînă la agresiune.

Mamele care adoptă o atitudine prea protectoare sau prea autoritară îşi mutilează psihic copilul. Din cauza imaginii pe care şi-o formează despre „copilul ideal", tandru şi supus, ele plămădesc fiinţe fără consistenţă, fără „coloană vertebrală".

Adaptarea copilului se realizează, printre altele, şi prin comportamentul combativ, fiind, de fapt, o trăsătură comună a tuturor oamenilor. Combativitatea nu are un caracter particular, manifestat prin cuplul distrugere-respingere, ea integrează şi refuzul, care acordă întrega valoare lui „nu". Prin combativitate copilul este ajutat să se separe de o relaţie dependentă, pasivă, chiar fuzională cu mama, cu părinţii sau o altă persoană, fiind considerată o manifestare umană pozitivă.

În sistemul educativ din şcoală se promovează combativitatea sub forma sa reliefată, cum ar fi curiozitatea intelectuală şi competitivitatea şcolară. Aceste forme sînt considerate ca fiind „sănătoase", li se acordă libertatea de manifestare, mai ales în cadrul jocurilor, desenului sau activităţilor de expresie (poezie, teatru). În şcoală, acest comportament, poate lua şi forme de manifestare activă (ameninţări, comportamente răutăcioase etc.), condiţie în care copilul nu-şi poate manifesta combativitatea, cel mai adesea, este nefericit. În această situaţie, el îşi limitează schimburile, reduce pînă la anulare încrederea în sine, transpare o tristeţe difuză.

În procesul de reeducare psihomotrică, combativitatea este stimulată de către terapeut. Mijloacele de reeducare vor fi furnizate sau sugerate de către terapeut, ceea ce va permite copilului să le abordeze fără teama de a greşi, ba mai mult, le va considera izvorîte de la el şi le va utiliza cu plăcere. În acest caz se asigură o relaţie de supunere-dominare în care se evidenţiază teama şi plăcerea de a controla şi de a fi controlat.

Perioada finală

Asupra oportunităţii încetării procesului de reeducare au fost dezvoltate o serie de teorii, au fost stabilite criterii, au fost enunţate modalităţi practice de întrerupere a relaţiei cu copilul.

Conştient de progresele înregistrate sau de unele stagnări, fără a mai vorbi de eşec, reeducatorul trebuie să procedeze, cu mult tact pedagogic, la pregătirea momentului în care se desprinde de elevul său. Dintre mijloacele utilizate în acest sens, amintim: reducerea duratei de lucru în cadrul lecţiilor; reducerea numărului de

lecţii pe săptămînă; introducerea elementelor de sinteză; sporirea numărului de reguli şi norme pe care trebuie să le respecte în cadrul lecţiilor; discuţii amicale privitoare la independenţa sa; trecerea bateriei de teste şi compararea rezultatelor obţinute în etapa iniţială; concluzii prezentate copilului şi părinţilor.

Pentru terapeut, este un moment de reflecţie, un moment în care trebuie să pună în balanţă: modul în care a reuşit şi dacă a reuşit să pună diagnosticul real; modul în care a pregătit fiecare perioadă şi etapă de lucru; care au fost momentele mai dificile din timpul lucrului şi ce măsuri a luat pentru a fi trecute mai uşor de către copil; dacă sistemul de mijloace utilizat a corespuns particularităţilor fizice şi psihice ale copilului.

Analiza obiectivă îi va permite ca, în alte ocazii, să evite aspectele care l-ar putea conduce la un nou eşec.

Perioada finală este concretizată prin existenţa a două etape: sinteza activităţii şi detaşarea şi seperarea

• *Etapa I – Sinteza activităţii*

Bilanţul activităţii este realizat de către terapeut atunci cînd, trecînd probele finale, copilul are posibilitatea de a constata progresele pe care le-a obţinut pe plan psihomotric. În cadrul acestor testări sînt utilizate unele probe specifice pe plan motric, dar şi elemente subiective rezultate din relatările copilului şi observaţiile specialistului.

Dacă în sistemul de mijloace au fost utilizate, ca formă de manifestare, numai activităţi corporale, atunci cînd apar condiţii optime de întrerupere a procesului de reeducare, se apelează la „cuvînt", cu ajutorul căruia copilul percepe realitatea şi încearcă să se separe fără riscuri, fără dramatizarea situaţiei.

Terapeutul apelează la formele convingătoare, apropiate de copil de trăirile lui. În acest sens, în timpul desfăşurării activităţi, intervine cu următoarele precizări: simt că lucrurile au intrat pe un făgaş bun; aşa cum decurg treburile, va trebui să mai lucrăm un timp, după care ar fi cazul să devii independent; este momentul să ne convingem de progresele pe care le-ai obţinut prin trecerea testelor.

• *Etapa a II-a – Detaşarea şi separarea*

Pentru copil, încetarea lucrului poate crea stări deosebite. Obişnuit cu sistemul de lucru, mîndru de rezultatele obţinute, sigur pe sine, se vede, la un moment dat, abandonat de cel căruia i-a încredinţat trupul şi sufletul său pentru a-l pregăti să depăşească seria de dificultăţi pe care le-a întîmpinat pînă acum. Această detaşare de obişnuit poate determina o întoarcere la ceea ce a fost, dacă separarea intervine fără o pregătire prealabilă.

Viaţa fiecărui copil se constituie din separări şi rupturi succesive. Unele pot avea influenţe negative, care se vor repercuta atunci cînd copilul are mai puţin nevoie de ele. Climatul afectiv instabil, separările precoce şi repetate, rupturile brutale şi neaşteptate îl fac pe copil să înţelegă mult mai mult, că nu este acceptat, că, în fapt, este o respingere mascată. Acestă „atmosferă" îşi va pune amprenta pe personalitatea lui şi din acest motiv apar o serie de dificultăţi de adaptare, ceea ce îl va determina să apeleze la terapeut.

Sînt însă separări care au o influenţă benefică asupra copilului, oferidu-i posibilitatea de a dobîndi autonomia pe toate planurile. În această grupă de separări

intră: elemente familiale – autoservirea, respectarea programului zilnic (trezirea, igiena personală, respectarea orelor de masă, plecarea la şcoală etc.); ritmurile şi rupturile din viaţa socială – orele de curs, pauzele, vacanţele, pregătirea temelor, recreerea din timpul liber.

Separarea şi ruptura de terapeut se planifică cel mai bine cu ocazia vacanţei mari, cînd copilul are mai multă libertate, are posibilitatea de a face un bilanţ al întregii activităţi depuse în cadrul activităţii de reeducare. Sînt mulţumit de modul în care te-ai comportat şi te felicit.

Separarea se desfăşoară sub forma unui ritual, ceea ce îi permite copilului să înţeleagă că el a ajuns, după o perioadă de timp, la nivelul celor din grupa sa de vîrstă cronologică.

PARTICULARITĂȚILE LECȚIEI DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Cadrul optim de îndeplinire a obiectivelor de educare sau reeducare psihomotrică este reprezentat de lecţie. În cadrul acestei forme organizate de activitate, preocuparea terapeutului este direcţionată spre un sistem de influenţe benefice care să îl conducă pe copil spre „intrarea în posesia propriului corp", pentru a reuşi o mai bună coordonare a mişcările.

Proiectarea lecţiei este un demers prin care se urmăreşte stabilirea componentelor de bază, care conduc la organizarea, elaborarea şi supravegherea sistemului de influenţe pe care exerciţiul fizic terapeutic îl exercită asupra organismului copilului. Conceptul despre lecţie (după I. Jinga şi I. Negreţ, 1982, citat de M. Momanu) pune terapeutul în faţa următoarelor întrebări „Ce voi face, cu ce voi face, cum voi face, cum voi şti dacă am realizat ceea ce mi-am propus?".

Valorificarea întrebărilor de mai sus este materializată prin conţinutul celor patru etape de bază în proiectarea lecţiei: identificarea obiectivelor; determinarea resurselor – conţinutul lecţiei; elaborarea strategiilor didactice optime; conturarea modalităţilor de evaluare a efectelor înfăptuite de sistemul de mijloace (Mariana Momanu, 1998, p. 210).

I. Stabilirea obiectivelor

Acţiunile educative sau reeducative trebuie să fie selecţionate în funcţie de nevoile copilului, puse în evidenţă prin intermediul bilanţului motric, perceptiv-motric. Identificarea obiectivelor este în funcţie de cauzele majore ale inadaptării, cum ar fi: insuficienta percepţie şi control a propriului corp; dificultăţi de reglare a aparatului respirator; dificultăţi de menţinere a echilibrului; dereglări în orientarea şi organizarea spaţio- temporală.

Cerinţe legate de enunţarea obiectivelor

Se recomandă ca terapeutul, atunci cînd stabileşte obiectivele, să aibă în vedere ca acestea să corespundă potenţialului psihomotric al copilului, în care sens, sistemul de mijloace să nu prezinte un grad prea mare de dificultate; să fie enunţate cu claritate pentru a fi înţeles de copil; să se adreseze cu precizie unei singure acţiuni; să ofere o imagine cît mai concretă a conţinutului structurilor utilizate; recomandările prezentate să ţină cont de potenţialul motric şi psihomotric acumulat.

Avînd clar precizate formele de inadaptare a copilului, terepeutul, în funcţie de scopul urmărit, stabileşte obiectivele de organizare şi de desfăşurare a procesului de reeducare psihomotrică astfel:

– să asigure condiţii optime pentru conştientizarea de către copil a nivelului psihomotric dobîndit pînă în acel moment;
– prin mijloacele pe care le utilizează, copilul să-şi solicite la maximum participarea senzorială;
– să dezvolte capacitatea de acţionare, verbalizare şi control a exerciţiului fizic terapeutic pe care îl efectuează;
– să se sprijine, în asigurarea progresului terapeutic, pe structuri psihomotrice cît mai corect executate;
– să orienteze procesul de reeducare în direcţia formării impresiei, ca şi cum toate acţiunile au fost imaginate şi înţelese de către copil şi, în fond, el este cel ce se educă, „este artizanul propriei sale reabilitări”.

Obiectivele operaţionale pe care terapeutul şi le propune, pentru a nu fi sortite eşecului, vor trebui direcţionate spre realizarea tuturor aspectelor legate de

– modalităţile şi formele prin care se realizează adaptarea copilului la conţinutul lecţiei, precum şi identificarea circumstanţelor care pot contribui la finalizarea acestui obiectiv terapeutic;
– stabilirea condiţiilor care să asigure reuşita acţiunilor programate, în care scop se va urmări: definirea momentelor mai dificile în executarea structurilor psihomotrice; stabilirea parametrilor comportamentali; circumstanţele în care are loc adaptarea; prognozarea nivelului la care poate ajunge copilul ca urmare a adaptării la solicitări.

Obiectivele trebuie să asigure raporturi de interdependenţă între structurile psihomotrice şi metodele specifice la care s-a recurs pentru a contribui astfel la ridicarea eficienţei procesului de reeducare. În acest sens, obiectivele trebuie să poată anticipa: în ce direcţie este orientată structura respectivă; cum trebuie evaluată influenţa exercitată de structurile utilizate; cum se va adapta copilul la noile structuri; ce relaţie poate stabili copilul între noile structuri şi structurile utilizate pînă în acel moment.

II. Conţinutul lecţiei

Atenţia trebuie să fie concentrată asupra modului în care sînt direcţionate, reglate şi adaptate conţinutul şi structura exerciţiilor terapeutice la trebuinţele şi posibilităţile copilului. Stabilind conţinutul şi structura, se precizează parametrii operaţionali, prin intermediul cărora este valorificată întreaga gamă de mişcări care alcătuiesc exerciţiul fizic terapeutic. Fiind un proces psiho-pedagogic, lecţia din cadrul procesului de reeducare psihomotrică, cum este şi firesc, trebuie să parcurgă toate etapele care conduc şi asigură reuşita acestei forme de activitate a copilului, sub conducerea terapeutului.

Conţinutul lecţiei este stabilit în funcţie de nevoile copilului, raportate la deficienţele psihomotrice pe care le prezintă, precum şi la condiţiile de lucru oferite de baza materială aflată la dispoziţie.

Nevoile copilului se raportează la nivelul structurilor şi conduitelor motrice, puse în relaţie cu capacitatea perceptiv-motrică disponibilă la momentul respectiv, evident deficitară. Acest bagaj psihomotric, aflat sub limitele sale normale, este perfectibil, fără a putea preciza *a priori* în ce limite de timp şi cum, rămînînd să-şi spună cuvîntul nivelul dificultăţilor ce trebuie depăşite, precum şi dorinţa copilului de a se angrena activ în procesul de recuperare.

Principalele direcţii de acţionare sînt de o mare diversitate, concretizîndu-se prin preocupările ce vizează cunoaşterea propriului corp; educarea posturală şi echilibrul; organizarea spaţială şi temporală; coordonarea senzorio-motrică; coordonarea oculo-manuală; educarea respiraţiei şi a relaxării globale şi segmentare; educţia diferenţiată (Pick şi Vayer, 1968, pp. 220-223)

Pentru realizarea acestor obiective, terapeutul va trebui să ţină cont de nivelul funcţional şi de capacitaea lui de a se adapta la sistemul de acţionare, de progresele înregistrate într-o anumită perioadă de timp, precum şi de dificultăţile ce urmează a fi depăşite prin intermediul acţiunilor programate în lecţie.

Avînd clar precizate aceste direcţii de acţionare, terapeutul stabileşte structura fiecărui exerciţiu, pe baza legilor biomecanice, care compun şi raportează: sistemul de referinţă faţă de care se realizează mişcarea, direcţia spre care este orientată mişcarea, sensul mişcării, timpul de execuţie a mişcării (viteza şi acceleraţia), unitatea de măsură a forţelor (Cl. Baciu, 1981, p. 43).

Programarea sistemului de exerciţii terapeutice este condiţionată de următorii factori:

– creşterea treptată a gradului de dificultate al exerciţiului, pentru a permite copilului să înţeleagă şi să se adapteze progresiv la sistemul de acţionare;
– diversificrea structurii exerciţiului terapeutic, dar şi a manierei de utilizare, cu scopul de a amplifica sfera de influenţe şi de a îmbogăţi bagajul motric al copilului;
– ameliorarea bagajului motric deficitar să se înscrie ca indicator de prognoză pe termen lung, dar sigur;
– terapetul trebuie să evite prognozele hazardate care pot pune sub semnul întrebării bonitatea practicii sale terapeutice;
– reluarea pe parcurs a unor exerciţii terapeutice are rolul de a evidenţia şi reliefa progresele copilului, înregistrate sub raport psihomotric, în toată complexitatea lor.

Condiţiile de lucru au în vedere baza materială şi timpul afectat programului terapeutic, care să contribuie la realizarea planului terapeutic propus. In condiţii normale, spaţiul de tratament trebuie să aibă dimensiunile unei săli de clasă, bine iluminată, curată şi încălzită. In legătură cu baza materială, trebuie precizat faptul că nu numărul şi diversitatea reprezintă axa principală, în jurul căreia sînt concepute acţiunile, ci eficienţa şi mai ales modul în care acestea îl ajută pe tereapeut să-şi realizeze obiectivele propuse.

III. Elaborarea strategiilor de lucru

Pentru a asigura o eficienţă sporită procesului de educare sau reeducare, trebuie avută în vedere calitatea demersului de selectare şi corelare a metodelor, mijloacelor şi materialelor, prin intermediul cărora se urmăreşte exercitarea unor

influenţe favorabile pentru dobîndirea potenţialului psihomotric corespunzător. Adevărata măiestrie a terapeutului este ilustrată prin modul în care acesta ştie cum să aleagă sistemul de mijloace; cum trebuie să acţioneze şi ştie că tot ce a făcut se va solda cu rezultate favorabile pentru copil.

Pentru realizarea acestui scop, terapeutul are la dispoziţie o serie de parametri operaţionali, care îl vor direcţiona spre un bilanţ favorabil, dacă va etala discernămînt în utilizarea modalităţilor celor mai adecvate de folosire a exerciţiului fizic terapeutic.

a) *specificul activităţii* – stabilirea căilor de îndrumare şi realizare a mijloacelor selecţionate în acord cu capacitatea de înţelegere şi de angajare în mişcare a copilului; dozarea solicitărilor în funcţie de capacitatea de adaptare a copilului la efort; implicarea sa în acţiune, atunci cînd condiţiile o impun, pentru a corecta greşelile în executarea exerciţiului terapeutic recomandat;

b) *particularităţile comportamentale* vor fi în măsură să-l determine pe terapeut să-şi orienteze atenţia asupra următoarelor obiective: dezvoltarea, încă din primele lecţii, a capacităţii de cooperare; creştera treptată a sistemului de cerinţe, care îl pun pe copil în situaţia de a învinge propriile reţineri; să se acorde o atenţie deosebită explicaţiilor oferite cu prilejul prezentării unor acţiuni ce urmează a fi efectuate de către copil; adaptarea comportamentului general al copilului la cerinţele impuse de activitatea şcolară şi socială; baza materială trebuie să asigure un conţinut corespunzător lecţiei;

c) *personalitatea terapeutului* influenţează, în bună parte, succesul în aplicarea strategiei didactice. Ca elemente definitorii ale comportamentului său pot fi: *omenia* = blîndeţe, bunăvoinţă, răbdare; *simţul răspunderii* = corectitudine, perseverenţă, eficacitate; *confidenţialitate* = păstrarea informaţiilor încredinţate de către copil; *cinstea, cumpătarea, hărnicia* = evidenţiază umanismul de care trebuie să dea dovadă în toate ocaziile. (A. Nicolau, 1987, p. 85).

IV. Conturarea modalităţilor de evaluare

Evaluarea se constituie din acţiunea terapeutului de a aprecia şi verifica modul în care copilul face progrese „pe drumul de la diagnostic la ameliorarea" tulburărilor şi dificultăţilor psihomotrice. După C. Cucoş (1998, p. 174), activitatea de evaluare trebuie să aibă ca punct de plecare răspunsul la întrebări de tipul: cînd evaluăm, ce evaluăm şi cum se evaluează?

Cînd evaluăm? În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul este în situaţia de a utiliza *aprecierea* în fiecare moment al lecţiei, pentru a reuşi să-şi formeze o imagine concretă asupra modului în care copilul înţelege, execută şi face legături între diferitele gesturi motrice şi adoptă o conduită corespunzătoare.

Verificarea poate fi efectuată astfel:

- bilanţul motric şi psihomotric trebuie planificat după o etapă bine stabilită, în care accentul a fost pus pe anumite componente psihomotrice. În mod practic, verificarea se efectuează la fiecare şase luni.
- bilanţul mental şi controlul medical se efectuează, în medie, o dată pe an.

Ce evaluăm? Aprecierea modului în care se comportă copilul în timpul efectuării acţiunilor motrice sau psihomotrice reflectă, de fapt, calea reală de

evidenţiere a posibilităţilor lui de moment. Conduita copilului este cea reală, cea pe care terapeutul doreşte să o promoveze şi să observe modul în care a înţeles şi execută, în funcţie de posibilităţile lui, la momentul respectiv. În condiţiile în care apar unele abateri de la structura concretă a acţiunii, intervenţia terapeutului este de natură să corecteze şi să orienteze copilul pe o direcţie corespunzătoare.

În situaţia în care copilul nu se încadrează în limite acceptabile cu sistemul de acţionare, culpa aparţine terapeutului, care fie a grăbit procesul de adaptare, fie nu a apreciat corect posibilităţile acestuia. În procesul de educare sau reeducare psihomotică, terapeutul „trebuie să ştie să meargă încet şi progresiv pentru a reface etapele lipsă în dezvoltarea copilului".

Un alt aspect al aprecierii vizează modul în care terapeutul a conceput şi aplicat sistemul de acţionare, care să conducă la ameliorarea potenţialului psihomotric al copilului. Acest aspect al autoaprecierii este pus în valoare prin modul în care terapeutul selecţionează şi aplică sistemul de mijloace; prin obiectivele stabilite şi metodele utilizate; pentru a promova conduitele psihomotrice cît mai corect şi eficent adaptate posibilităţilor copilului.

Cum evaluăm? Avînd bine stabilită structura fiecărui gest motric, terapeutul urmăreşte modul în care copilul reuşeşte să se adapteze corporal şi mental pe structura respectivă. Se cere copilului ca, în timpul efectuării testului motric, să verbalizeze maniera în care îl execută, pentru a verifica modul în care a înţeles şi reţinut toate momentele-cheie ale gestului motric. Acestă modalitate de a desfăşura procesul de educare sau reeducare are menirea de a-l conduce pe copil ca, treptat, să înţeleagă dificultăţile pe care trebuie să le învingă pentru ca, de la o etapă la alta, să-şi amelioreze potenţialul motric şi psihomotric.

Optimizarea lecţiei

Optimizarea lecţiei este considerată reală atunci cînd resursele, strategiile didactice şi de evaluare se „corelează şi se condiţionează reciproc". Sensul în care este orientată optimizarea vizează două aspecte:

– maniera în care terapeutul concepe şi conduce lecţia;
– dobîndirea de către copil a capacităţii de înţelegere, reţinere şi efectuare a acţiunilor cu caracter corectiv orientate spre refacerea potenţialului său psihomotric.

Conceperea şi conducerea lecţiei sînt legate nemijlocit de caracteristicile de bază ale procesului de pregătire, ilustrat prin eficienţa acţiunilor care determină realizarea obiectivelor propuse. Se poate afirma că, optimizarea lecţiei este arta de a organiza şi conduce sistemul de influenţe în acord cu legile, principiile şi metodele procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

Criteriile care determină optimizarea în sistemul de lecţii sînt condiţionate de următorii factori: alegerea sistemului de mijloace prin intermediul căruia sînt determinate modalităţile de influenţare a componentelor motrice şi psihomotrice; utilizarea celor mai potrivite resurse metodologice şi promovarea lor în sistemul de lecţii; evidenţierea eficienţei acţiunilor utilizate; asigurarea unui consum optim de timp, în care să se împletească armonios acţiunile motrice şi psihomotrice cu relaxarea, în etape bine determinate.

În cadrul unei lecţii vizînd educarea sau reeducarea psihomotrică, optimizarea tinde spre: orientarea sistemului de acţionare în acord şi cu dorinţele manifestate de copil; asigurarea condiţiilor pentru selecţionarea mijloacelor în funcţie de nevoile copilului; îmbinarea armonioasă a achiziţiilor precedente cu cele în curs de acumulare; stimularea năzuinţei copilului pentru a depăşi dificultăţile întîlnite; orientarea atenţiei copilului spre acele grupe de exerciţii care conduc şi la promovarea controlului de sine.

Terapeutul trebuie să acţioneze de pe poziţia omului ce se află într-o stare de bună dispoziţie, pregătit pentru a intra în jocul copilului, dispus să acţioneze prin privire şi zîmbet, evitînd în acest fel comanda, ordinul. Terapeutul trebuie să pornească la acţiune avînd clar stabilit cadrul şi comportamentul său prin atitudini bine definite.

„Oricare ar fi dificultăţile ce se pot prezenta, există un mare principiu în educarea copiilor inadaptaţi: pe aceşti copii nu te superi niciodată" (Pick şi Vayer, 1968, p. 231)

Copilul nu trebuie pus în situaţia de a imita mişcările pe care terapeutul le prezintă. Procesul de educare sau reeducare are ca scop să-l determine pe copil să înţeleagă şi să găsească singur modul în care poate fi realizată (executată) o solicitare (cerinţă), enunţată de terapeut. În acest context, cerinţa se constituie în instrumentul orientativ pentru realizarea unei acţiuni motrice sau psihomotrice.

Copilul este pus în situaţia de a asculta solicitarea, a o verbaliza cu glas tare, iar după o mică pauză, timp în care se află în situaţia de a analiza modul în care poate efectua acţiunea cerută de terapeut, realizează acţiunea propusă. Pentru a ajunge la acest nivel al înţelegerii unei solicitări, terapeutul trebuie să-l pregătească pe copil în sistemul de lecţii, marcînd, treptat, fiecare componentă, pentru a ajunge la stadiul prezentat mai sus.

Acest procedeu este statornicit încă de la primele lecţii, urmărind să-l obişnuiască pe copil să găsească soluţiile cele mai bune, pentru realizarea activităţii de educare sau reeducare psihomotrică. Dificultăţi mari sînt cu copii cu debilitate profundă. Copii cu debilitate medie sau cu debilitate lejeră trebuie să fie obişnuiţi cu o prelucrare mentală a actului motric sau psihomotric ce urmează a fi executat.

PLAN DE LECȚIE

Luna octombrie

Program de lucru pentru un copil cu debilitate medie

Conținutul de bază	Metodologii și sistem de mijloace ajutătoare
Deprinderi de bază **A) Percepția și controlul corpului:** - Arată unde este brațul – lasă-l jos. - Dar celălalt braț unde este? Lasă-l jos. - Arată unde este piciorul – lasă-l jos; dar celălalt picior? Lasă-l jos. - Unde sînt capul și gîtul? E bine. - Știi să repiri? Închide gura și trage aerul pe nas... deschide gura și dă aerul afară pe gură.	Terapeutul și copilul stau față în față. Se urmărește care braț este prezentat primul (dreptul sau stîngul). Aceeași observație și pentru picioare. Se acordă o atenție deosebită modului în care efectuează respirația. Se insistă pe inspirația pe nas și expirația pe gură.
B) Educația posturală: - Mergi în fața oglinzii. Pe cine vezi în oglindă? În ce poziție stai? În picioare... E bine... - Să văd cum știi să te așezi pe bancă ... Dar pe dușumea ? - Te ridici în picioare și mergi în fața oglinzii. - Din această poziție ridică un picior .. corect... așează-l pe sol... ridică și celălalt picior. Încearcă să miști piciorul pe care l-ai ridicat. Îl așezi jos și îl ridici pe celălalt, pe care îl miști în toate direcțiile.	Se utilizează banca de gimnastică. La poziția de decubit se urmărește modul în care se așază pe sol, prin flectarea picioarelor sau prin aplecarea trunchiului și apoi a picioarelor.
C) Organizare spațială: - Știi să mergi? Să văd cît de frumos știi să mergi... - Să mergem pînă la oglindă! Privește cum mergi ! Ai grijă: bărbia trebuie să fie ridicată, spatele trebuie să fie drept. E mai bine, dar de ce privești în jos atunci cînd mergi? - Mergi în jurul sălii. Ai grijă cum mergi.	La mers, se urmărește modul în care coordonează brațele cu picioarele, dar și poziția trunchiului, cu accent pe poziția capului. În timpul deplasării în fața oglinzii, terapeutul trebuie să iasă din spațiul respectiv, să se plaseze în lateral față de copil.
D) Coordonare senzorio-motrică. - Mergi în vîrful picioarelor. Să nu se audă cînd pășești. - Stai! Stergeți nasul! Trage aerul pe nas și dă-l afară pe gură. Încă o dată. E bine! Să mai repetăm de două- trei ori. - Stai jos, pe spate culcat. Inchide ochii. Nu te mai miști deloc, pînă număr la cinci... Te poți ridica în picioare.	Se insistă asupra imobilismului, pentru a obișnui copilul cu controlul propriului corp Treptat, se prelungește starea de nemișcare.
E) Coordonare oculo-manuală *Copilul plasat în fața oglinzii* - Ține mingea asta... Cum este? ușoară sau grea? - Plimbă mingea dintr-o mînă în alta... Încearcă să depărtezi mîinile în timp ce plimbi mingea dintr-o mînă în alta. - Aruncă mingea spre mine. Te plimbi prin sală. - Te oprești în fața mea. Îți arunc mingea iar tu trebuie să o prinzi. Mai încercăm odată... E mai bine, dar ține mîinile sub formă de căuș. Așa e bine. Acum o să poți prinde mingea mai ușor. - Te joci singur cu mingea. Încearcă să o arunci în sus și să o prinzi. Acum e mai bine. - Te duci în fața oglinzii, duci brațele în sus și tragi aer în piept, te oprești un moment după care dai aerul afară pe gură. Să repetăm de trei patru ori acest exercițiu.	Se prezintă copilului modul în care trebuie să țină palmele pentru a reuși să prindă mai ușor mingea. Palmele se țin sub formă de căuș, atunci cînd mingea vine de sus în jos. Treptat se va trece la mingi mai mari dar de o greutate mică pentru a se obișnui cu manevrarea mingilor mari.

PLAN DE LECŢIE

Luna Noiembrie
Grup de copii cu dificultăţi psihomotrice în vîrstă de 8-10 ani

Conţinutul de bază	**Metodologii şi si st eme de mijloace**
Cotrolul propriului corp **Relaxare globală:**conştientizarea destinderii din poziţia de decubit dorsal. Acţiuni ale mîinilor-strîngere şi relaxare. Se execută întinderea şi relaxarea braţelor apoi a picioarelor. Obişnuirea copilului cu menţinerea locului său în formaţie, fără a incomoda pe alt copil.	Copii trebuie să interiorizeze senzaţia de mişcare a degetelor. Se execută separat pentru fiecare segment, apoi pe grupe de segmente.
Educare posturală: Educarea schemei de atitudine prin menţinerea unei atitudini corecte a corpului. Se trece la: mişcări ale capului-extensii şi înclinări; dreapta-stînga se acţionează asupra bazinului prin mişcări din poziţia de decubit dorsal, ridicări de pe – sol, cu sprijin pe picioare. Mobilizarea braţelor: prin mişcări în toate planurile, cu minim de efort.	Se urmăreşte modul în care copilul menţine poziţia capului şi mai ales privirea unde este orientată. Mişcările sînt executate lent pentru a reuşi să perceapă fiecare poziţia a segmentelor.
Educarea respiraţiei. Se pune accent pe expiraţia nazală.Ca modalitate de pregătire, se cere copilului să-şi şteargă nasul şi să urmărească mişcarile abdominale în timpul respiraţiei	Pentru început se execută inspiraţia pe nas şi expiraţia pe gură. Se trece la inspiraţia pe nas şi expiraţia tot pe nas.
Coordonare motrică şi senzorio-motrică. Se urmăreşte însuşirea desprinderii de pe sol (detenta). Din stînd se flectează genunchii, se duc braţele întinse spre înapoi: prin întinderea puternică a picioarelor şi balansarea braţelor spre înainte în sus, se execută desprinderea de pe sol. Aterizarea se execută cît mai aproape de locul desprinderii.	Primele exerciţii se execută de pe un plan ceva mai înalt pentru a obişnui copilul cu aterizarea elastică.Treptat se trece la executarea de pe sol urmărindu-se corectitudinea în executarea desprinderii.
Organizarea spaţiului. Se însuşeşte noţiunea de distanţă şi interval:copii aşezaţi pe două şiruri-unul după altul-se cere să întindă braţul pentru a-l aşeza pe umărul celui din faţă. Se precizează că prin acest exerciţiu au mărit **distanţa** dintre ei. Li se cere să se întoarcă unul lîngă altul şi să ducă braţul drept pe umărul colegului din dreapta. Prin acest exerciţiu au mărit **intervalul** dintre copii. Stînd în faţa oglinzii, ţine o minge cu ambele mîini: mişcări de circumducţii, urmate de aruncarea mingii spre sol şi prinderea ei.	Se organizează pe grupe de cîte doi copii, atît la distanţă cît şi la interval. Copilul este plasat la distanţa de 1,5 m faţă de oglindă. Se execută acţiunea din faţă şi din profil.
Organizarea timpului. Se cere copiilor să emită vocala *A*... pe care trebuie să o menţină cît mai mult timp. Se trece la emiterea vocalei *O* pe care trebuie să o menţină pe o durată mai mare decît vocala *A* . Se cere să inspire profund şi să reţină respiraţia o durată cît mai mare. Pe două şiruri se execută mers prin sală. Se opresc, se aşază în decubit dorsal: timp de un minut nu se mişcă nimeni, se inspiră pe nas şi se expiră pe gură fără zgomot. Se ridică în picioare şi se plimbă prin sală executînd mişcări de repiraţie.	Emiterea vocalelor se execută, la început pe un ton scăzut după care se trece la emiterea vocalelor pe un ton ridicat

Partea a III-a

SISTEMUL MIJLOACELOR DE EDUCARE ŞI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

CONDUITELE MOTRICE DE BAZĂ

În evoluţia sa, pentru început, copilul cuprinde, în cîmpul său vizual, mişcările mîinilor, iar prin repetarea gestului se realizează, de fapt, coordonarea dintre cîmpul vizual şi cel motor. Asemenea acţiuni, prin repetare, se formează la nivelul tuturor percepţiilor senzoriale şi motorii: tactilo-kinestezic, vizualo-motorii, audio-fonice.

Prin repetare, coordonarea ochi-mînă se dezvoltă şi se perfecţionează prehensiunea, care va ajunge la forma sa de bază, police-index, abia la vîrsta de un an. Etapele formării acestor complicate deprinderi permit înţelegerea raportului dintre privire şi mişcare: la trei luni este doar o mişcare reflexă de agăţare; la patru-cinci luni priza este cubito-palmară; la şase luni prehensiunea devine digito-palmară; la opt luni priza este radio-palmară; la nouă luni priza este radio-digitală; la un an se obţine pensa police-index.

Dezvoltarea prehensiunii este în strînsă concordanţă cu modul în care se formează şi se dezvoltă echilibrul şi coordonarea. Între trei şi şase luni, o dată cu dobîndirea poziţiei aşezat, se pun bazele echilibrului static, al coordonării mişcărilor. În această poziţie, copilul urmăreşte cu privirea mişcarea unei persoane, se joacă cu obiectele, poate trece o jucărie dintr-o mînă în alta. Între şase şi douăsprezece luni, o dată cu dobîndirea poziţiei de stînd şi a deplasării cu sprijin, copilul dobîndeşte echilibrul dinamic, iar coordonarea dobîndeşte o sferă mai largă de manifestare.

Coordonarea oculo-manuală se consideră că parcurge cinci etape de formare şi dezvoltare, ordinea lor fiind următoarea: orientarea privirii asupra mişcării propriilor mîini şi tendinţa de agăţare a obiectelor, urmăreşte cu privirea deplasarea unei persoane, manifestă dorinţa de a intra în posesia jucăriei, apucă şi manevrează obiectele, eliberarea lor este spontană, selecţionează obiectele înainte de a fi apucate, în funcţie de preferinţă, apucarea şi manevrarea obiectelor se realizează în funcţie de solicitările persoanelor din anturaj.

Formarea şi dezvoltarea conduitelor motrice de bază se exprimă concomitent cu dezvoltarea circuitelor neuromotorii, de apartenenţă centrală.

Activităţile motrice coordonate se formează prin automatismele senzitivo-motrice, care, la rîndul lor, condiţionează variaţiile tonusului muscular, sub cele trei forme ale sale: de fond, de acţiune şi de comportament.

În perioada 1-3 ani, cînd acumulările au devenit evidente, conduitele neuromotorii sînt cele care permit copilului dobîndirea capacităţii de a se mişca din ce în ce mai bine, cu eficienţă şi cu relativă siguranţă.

Pe parcursul copilăriei, aceste comportamente evoluează, devin din ce în ce mai complexe. Astfel, echilibrul static oferă condiţii ca, treptat, copilul să dobîndească noi deprinderi. Echilibrul dinamic şi prehensiunea îi oferă posibilitatea de a manevra

obiecte, iar limbajul îi oferă capacitatea de a dobîndi pe plan mental cunoştinţe despre universul în care trăieşte. Treptat, copilul intră în legătură cu mediul social, care se modifică o dată cu trecerea timpului, dobîndind astfel noi valenţe, urmare a experienţei acumulate pe plan intelectual, afectiv, cît şi motric.

În continuare, pe parcursul acestor ani, comportamentul copilului se transformă şi devine tot mai complex, în discuţie fiind următoarele componente: echilibrul static, ca rampă de lansare pentru însuşirea bagajului motric aferent echilibrului dinamic; prehensiunea, ca deprindere motrică perfectibilă, în direcţia apucării şi manevrării obiectelor; o dată cu însuşirea limbajului, copilul va dobîndi, pe plan mental, posibilitatea şi capacitatea de a-şi însuşi cunoştinţe despre universul în care trăieşte.

De această manieră, treptat, copilul va intra în legatură directă cu mediul social în care trăieşte, asigurîndu-şi, astfel, premisele unei dezvoltări psihosomatice normale, prin aceasta înţelegînd acumulările pe plan psihic, afectiv şi motric. Conduitele motrice de bază sînt direcţionate spre realizarea următoarelor componente: coordonarea oculo-manuală, mişcarea şi echilibrul postural cît şi coordonarea dinamică generală.

Coordonarea oculo-manuală

Ca parte componentă a conduitei motrice de bază, coordonarea oculo-manuală este rezultatul asocierii dintre privire şi activitatea manuală.

Aspectul metodologic al educării şi reeducării acestei forme de coordonare senzorio-motorie a fost abordat de către Ajuriaguerra, Soubiran, Pick şi Vayer, A. De Meur, iar din ţara noastră de către C. Păunescu şi I. Muşu.

Coordonarea oculo-motorie constituie un suport pentru formarea şi dezvoltarea prehensiunii.

Adaptarea şi controlul gesturilor, dupa L. Pick (1968, p110), este determinată de o serie de factori, după cum urmează: precizia mişcărilor în relaţie cu echilibrul general şi cu independenţa musculară; capacitatea de a repeta gestul în aceleaşi condiţii, sub raportul adresabilităţii şi siguranţei în execuţie; raport cît mai corect între execuţia cu mîna dreaptă şi cu stînga; asigurarea de resurse suficiente pentru a susţine efortul muscular; adaptare senzorio-motrică şi ideo-motrică la gestica propusă.

În condiţiile în care se constată, la un copil, tulburări sau dificultăţi de adaptare la cerinţele de execuţie a unor acte motrice, în care coordonarea oculo-motrică este afectată, se utilizează un sistem de mijloace prin care se poate preveni sau corecta această tulburare. În acest sens, mijloacele utilizate se pot sistematiza, într-o ordine bine definită.

Educarea capacităţii de a privi şi de a cuprinde în sfera senzitivo-senzorială realitatea din jur

Copilul, mai ales cel cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, trebuie obişnuit să-şi îndrepte privirea spre o direcţie bine precizată şi să perceapă realitatea din mediul în care trăieşte. Metodologia educării privirii este direcţionată, în primul rînd, spre perceperea locului în care sînt plasate în spaţiu unele obiecte. În acest context, se solicită copilului să denumească obiectul, locul pe care îl ocupă, raportînd poziţia

acestuia la obiectele din jur. Acuitatea vizuală se evidenţiază prin perceperea şi discriminarea unor obiecte, cum ar fi: pătratul de cerc; dreptunghiul de pătrat, cercul de oval sau literele *d* şi *b*.

Este important să se observe şi modul în care copilul poate urmări cu privirea deplasarea unor obiecte, cum ar fi, spre exemplu: traiectoria unei mingi, mişcarea pendulului metronomului, a fulgilor de nea. De această manieră, se urmăreşte modul în care copilul este în măsură sau nu să-şi coordoneze mişcarea ochilor în consens cu a obiectului în mişcare. La fel de importantă este şi capacitatea de a diferenţia, din cadrul unui grup de obiecte, pe cele care sînt identice ca formă, mărime şi culoare.

Educarea privirii poate fi orientată şi spre aprecierea modului în care obiectele sînt prezentate sub raportul posibilităţilor de deplasare. Cel mai bun mijloc îl reprezintă mingea, pe care trebuie să o perceapă sub raportul formei (mică-mare) şi a greutăţii (uşoară-grea). Este necesar ca perceperea să se refere şi la traiectoria pe care o poate parcurge o minge, precum şi la distanţa pînă la care poate ajunge. Un fapt unanim recunoscut este acela că mingea oferă cele mai bune condiţii pentru a realiza coordonarea oculo-manuală. Pentru început, se utilizează un balon din plastic, a cărui deplasare în aer, fiind mai lentă, permite copilului să urmărească modul în care acest obiect descrie în spaţiu o traiectorie. Utilizarea unei mingi elastice, ce se lansează de sus şi care la contactul cu solul va sări mai rapid şi mai sus decît balonul, este o bună modalitate de a educa motricitatea oculogiră. În acest fel, copilul observă modul în care mingea se diferenţiază de balon.

Educarea capacităţii de apucare şi manevrare a obiectelor

Această etapă are o mare importanţă în realizarea coordonării oculo-manuale. Dacă în prima etapă, copilul a fost pus în situaţia de a urmări modul în care obiectele sînt plasate în spaţiu şi relaţia care se poate stabili între obiectele din jur, în această a doua etapă, accentul trebuie pus pe relaţia care se stabileşte între copil şi obiect, prin intermediul ochilor şi al mîinilor. În acest scop, acţiunile vor fi orientate spre acţiuni de apucare şi manevrare de obiecte din poziţa statică şi, progresiv, pe măsura achiziţiilor motrice dobîndite, acţiunea este orientată spre cele dinamice .

Educarea acţiunilor de apucarea şi manevrare a obiectelor din poziţie statică este utilizată pentru a valida coordonarea dintre privire şi mişcarea mîinilor, în special la copii, începînd cu vîrsta de 2 ani, pînă la vîrsta adolescenţei.

Într-un coş sînt plasate mai multe cuburi; se solicită copilului să facă un turn din 3-4-5-6 cuburi; numărul de cuburi pentru construirea turnului este în funcţie de vîrsta copilului. Se solicită construirea unui pod, după ce în prealabil terapeutul îi prezintă un model. Se plasează un număr de 10-15 pietre de rummy cu faţa în jos. Se solicită copilului să întoarcă pietrele cu faţa în sus. Se cere apoi să întoarcă o dată cu o mînă, apoi cu cealaltă. În acest fel, se poate aprecia care este mîna preferată. Se cere copilului să înfăşoare 5-10 m de aţă pe mosor. Pe un labirint desenat pe o foaie de hîrtie, se cere copilului să-l parcurgă cu creionul de la un capăt la celălalt, fără a depăşi liniile care îl marchează. La 6-7 ani, se poate cere copilului să decupeze cu foarfeca un cerc de 3-4 cm, triunghi de 5-6 cm, romb de 6-7 cm. Aruncarea mingii la o ţintă plasată la distanţă de 2,5 m pentru vîrsta de 7-8 ani, 3 m pentru 9-10 ani, 3,5 m pentru

vîrsta de 10-11 ani. Ținta trebuie să fie de 35/35 cm pentru 7-8 ani, 30/30 cm pentru 9-10 ani, 25/25 cm pentru 10-11 ani; de scos cu o linguriță o bilă plasată într-un pahar, fără a-l înclina. terapeutul nu indică copilului cu care mînă să înceapă acțiunea.

Educarea acțiunilor de apucare și manevrare din poziție dinamică le completează pe cele din poziție statică. Copilul evidențiază capacitatea de a coordona, mișcarea segmentelor corpului cu cea a obiectului ce urmează a fi deplasat. În acest scop, cel mai frecvent sînt utilizate mingile, forma și culorile lor diferite avînd scopul de a lărgi capacitatea de percepre a obiectului, cît și a modului în care aceasta se deplasează, în raport de înălțimea de la care este lansată, dimensiunea și consistența materialului.

Pentru a intra în posesia mingii, copilul trebuie să-și însușească modalitățile practice de adaptare a poziției brațelor și mîinilor; poziția corpului față de direcția de unde vine mingea, precum și modul în care va veni în contact cu mingea.

Un alt aspect pe care terapeutul trebuie să-l aibă în vedere este legat de starea de echilibru a copilului, atunci cînd este angajat în acțiunile de prindere și aruncare.

Învățarea prinderii din zbor a unui obiect reprezintă elementul de bază, în direcția perfecționării coordonării oculo-manuale. În funcție de direcția din care vine mingea, poziția brațelor și a mîinilor poate fi: dacă mingea vine din față, brațele se întind înainte, cu palmele îndreptate spre direcția de unde vine mingea, coatele fiind în extensie; dacă mingea vine de jos (prin ricoșeu), palmele sînt în pronație pentru a prinde cu mai multă ușurință mingea; dacă mingea vine din față, rostogolindu-se pe sol, copilul trebuie să flecteze genunchii, să aplece trunchiul în față și să ducă mîinile înainte, pentru a opri rostogolirea mingii și apoi să o apuce pentru a fi ridicată.

Învățarea prinderii mingii parcurge următoarele trepte metodice.

Terapeutul lansează, prin rostogolire o minge medicinală (1 kg); copilul trebuie să-și adapteze poziția corpului pentru a intra în posesia mingii, genunchii sînt flectați, trunchiul aplecat spre înainte, brațele întinse, palmele în supinație îndreptate spre minge; oprirea mingii se execută printr-o ușoară flexie a coatelor imediat după ce palmele au luat contactul cu mingea pentru a amortiza șocul; urmează apucarea mingii și transportarea ei spre terapeut.

În condițiile în care terapeutul lansează mingile din poziții înalte, se folosesc următoarele procedee: se lansează mingea de sus: copilul o prinde cu palmele în supinație; dacă mingea vine din ricoșeu cu solul, prinderea se face cu palmele în pronație; dacă mingea este oferită din față: brațele sînt întinse, palmele în supinație sub formă de căuș; mingea vine din față, dar lansată de sus: în funcție de traiectoria mingii, brațele sînt duse în față, întinse, cu palmele în pronație și în ușoară extensie.

Prinderea mingii cu o singură mînă constituie un apogeu al formării deprinderii de prindere, este acțiunea care atestă capacitatea copilului de orientare spațio-temporală copilul își controlează schema corporală, pe fondul unei mai bine conturate lateralități.

Terapeutul trebuie să includă în planul de pregătire a copilului și elemente de adaptare a poziției corpului, pentru a putea prinde mingea. În acest sens se pot utiliza următoarele procedee metodice: terapeutul oferă copilului mingea din față, dar îi modifică puțin traiectoria, spre dreapta sau stînga. Copilul este atenționat să se deplaseze

în direcţia de unde vine mingea, pentru a putea să o prindă; după ce copilul a înţeles modul în care trebuie să procedeze pentru a prinde mingea, se trece la o etapă superioară, în care copilul trebuie să se deplaseze spre înainte, spre dreapta, stînga sau spre înapoi şi chiar mai jos, situaţie în care trebuie să flecteze genunchii.

Un alt procedeu, care contribuie la dezvoltarea capacităţii de prindere a mingii este atunci cînd aceasta vine din lateral. În aceste condiţii, copilul menţine în aceeaşi poziţie picioarele, dar trebuie să răsucească trunchiul pentru a putea să-şi îndrepte braţele spre direcţia din care vine mingea. Acţiunea se execută cu lansarea din partea dreaptă, apoi din cea stîngă. Procedeele de învăţare parcurg acelaşi traseu prin care a fost însuşită prinderea din faţă, rostogolită sau lansată în sus.

Educarea capacităţii de lansare, cît şi a abilităţii de manevrare

Finalizarea acestui obiectiv terapeutic aduce în discuţie două elemente, considerate a fi determinante pentru reuşita terapeutică: apucarea obiectului şi lansarea lui, precum şi dezvoltarea abilităţii de manevrare.

Educarea senzaţiilor tactile şi kinestezice vizează trei aspecte de bază: acţiunea braţului, a mîinii şi orientarea privirii în direcţia spre care trebuie să fie lansat obiectul. Braţul are rolul de a imprima obiectului forţa, viteza şi direcţia de deplasare, mîna reţine obiectul pînă în momentul considerat optim pentru lansare, mîna contribuie şi la asigurarea direcţiei de deplasare a obiectului.

Capacitatea de aruncare este dezvoltată prin intermediul mingilor. În acest scop, sînt folosite următoarele trepte metodice: aruncare prin rostogolirea mingilor medicinale din poziţia aşezat cu picioarele în abducţie – copilul, cu ambele mîini pe minge, prin împingere, deplasează mingea spre terapeut; din poziţia ghemuit, mingea plasată în faţa picioarelor, prin împingere cu ambele mîini, deplasează mingea spre terapeut; din aceeaşi poziţie, rostogolirea mingii se execută cu o singură mînă.

Din poziţia stînd, mingea este apucată cu ambele mîini, rostogolirea mingii cu lansare de la nivelul bazinului; din stînd, lansarea prin rotogolire, cu o singură mînă; din stînd se oferă mingea cu ambele mîini, apoi cu o mînă; din stînd, pasează mingea cu ambele mîini de la piept; din stînd, ţine mingea cu ambele mîini deasupra capului, pe care o lansează după o uşoară extensie a trunchiului şi braţelor, urmată de aplecarea trunchiului spre înainte şi lansarea mingii; din stînd cu piciorul opus braţului ce ţine mingea, plasat cu o jumătate de pas mai în faţă, braţul este întins şi dus uşor în extensie (spre înapoi) prin ducerea braţului spre înainte este lansat obiectul; din stînd, aceeaşi poziţie ca mai sus, numai că, în timp ce braţul este dus în sus şi spre înapoi, trunchiul execută o uşoară răsucire spre direcţia braţului cu mingea, în momentul deciziei de a lansa mingea, concomitent cu mişcarea braţului se răsuceşte şi trunchiul, pentru a imprima mingii viteză şi forţă mai mare. Piciorul, care se află plasat în spate, se deplasează spre înainte pentru a asigura echilibrul corpului după aruncare.

Greşeli frecvente: împingerea prea puternică sau prea slabă a mingii determină fie depăşirea prizei manuale a copilului, fie nu ajunge la un nivel corespunzător, pentru a fi prinsă; direcţia de împingere este orientată prea oblic, ceea ce determină ca traiectoria mingii să se îndepărteze de copil.

Treptat, copilul dobîndeşte capacitatea de a conduce mingea cu o singură mînă, atît din poziţie statică, cît şi din deplasare.

Pentru a verifica modul în care s-a adaptat la condiţii diferite de acţiune, copilul poate executa conducerea mingii avînd un partener, cu care să colaboreze sau să se întreacă, sub aspectul cine execută mai corect sau cine trece mai repede şi fără greşeli printre nişte jaloane etc.

Dezvoltarea abilităţii de manevrare

În condiţiile în care copilul a dobîndit capacitatea de a manevra cu uşurinţă şi eficienţă obiectele, poate fi orientat şi spre efectuarea unor acţiuni, care să ateste adaptarea la solicitări din ce în ce mai diverse. În acest sens, se face trecerea la o nouă etapă, prin intermediul căreia se lărgeşte sfera abilităţilor sale manuale.

Metodologia însuşirii şi perfecţionării deprinderilor motrice, legate de aruncarea şi prinderea obiectelor din diferite direcţii şi poziţii, în condiţii statice şi dinamice, este deosebit de complexă şi necesită perseverenţă. Pentru confirmare, în continuare, sînt prezentate, succint, cîteva exerciţii, executate de copilul cu tulburări psihomotrice din poziţiile stînd şi din mers.

Poziţia stînd. Aruncarea şi prinderea mingii pe verticală: aruncare şi prindere cu ambele mîini; aruncare şi prindere cu o singură mînă, alternare dreapta-stînga; aruncare cu o mînă şi prindere cu ambele mîini; aruncare cu o mînă; în timpul zborului mingii copilul bate din palme, se poate răsuci dreapta-stînga sau în jurul axului propriu, înainte de a prinde mingea; aruncare cu o mînă, cu flexia şi extensia genunchilor, înainte de a prinde mingea.

În aceste condiţii, posibilităţile de schimbare a poziţiei corpului sînt destul de variate. Copilul trebuie să înţeleagă că lansarea mingii trebuie să fie efectuată cît mai sus, pentru a avea timpul necesar să execute acţiunea planificată.

Poziţia aşezat. Aruncare cu mîna dreaptă, prinderea mingii cu mîna stîngă şi invers; aruncare mingii peste cap din lateral cu mîna dreaptă, pentru a fi prinsă de partea opusă direcţiei de aruncare cu mîna stîngă; aruncare în perete (oblic în sus) cu ambele mîini, prinderea, la început cu ambele mîini, apoi alternativ cu mîna dreaptă şi cu mîna stîngă.

Din mers şi din alergare. Aruncare şi prindere cu ambele mîini; aruncare cu mîna dreaptă, prindere cu mîna stîngă; aruncare din lateral peste cap cu mîna dreaptă, prindere cu mîna stîngă; mers în echilibru pe banca de gimnastică, timp în care repetă aruncările şi prinderile însuşite; mers cu trecere peste 3-4 mingi medicinale, plasate la un interval, la început de doi paşi, apoi de un singur pas; în timpul deplasării repetă procedeele exersate de aruncare şi prindere; din uşoară alergare, se repetă toate procedeele de aruncare şi prindere. Se atrage atenţia că în aceste condiţii mingea trebuie să fie aruncată în sus, dar şi uşor în faţă.

Aruncare la perete. Aruncarea la perete cu ambele mîini şi prinderea tot cu ambele mîini; aruncarea cu ambele mîini, prinderea alternativă cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; aruncarea alternativă cu mîna dreaptă, prinderea cu aceeaşi mînă; se poate organiza aruncarea cu o mînă, prinderea cu cealaltă mînă. Pe măsură ce copilul

stăpîneşte bine acest procedeu, se măreşte progresiv distanţa de la care se execută aruncarea.

Aşezat pe banca de gimnastică; cu picioarele în abducţie la lăţimea umerilor: aruncarea mingii spre sol cu ambele mîini, prinderea tot cu ambele mîini (mingea este apucată din lateral); se repetă acţiunea, dar se recomandă copilului să o împingă în podea cu o intensitate mai mare, pentru a putea prinde mingea cu palmele în formă de căuş (mingea revine de sus în jos); se ţine mingea într-o mînă, prin întoarcerea mîinii cu faţa palmară în jos, timp în care apasă mai tare pe minge şi execută mişcarea folosită în dribling.

Aruncarea şi prinderea mingilor pune în evidenţă capacitatea copilului de a-şi coordona mişcările, de a menţine sub control conştient activitatea segmentelor sale, de a se orienta în spaţiu, de a menţine un ritm corespunzător de lucru, de a păstra o ţinută corectă şi de a-şi ameliora capacitatea de efort fizic.

Coordonarea acţiunilor proprii cu ale partenerului

Prin acţiunile cu partener, se poate verifica modul în care copilul a înţeles, a recepţionat, a dobîndit şi poate proba faptul că aruncarea şi prinderea sînt deprinderi motrice, pe care le stăpîneşte şi le poate utiliza.

În aceste condiţii, terapeutul trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte: posibilitatea ca partenerii să se accepte reciproc, fapt manifestat prin înţelegere şi colaborare în timpul exerciţiilor de prindere şi aruncare, cu respectarea regulilor impuse, acestea constînd în: să-şi păstreze locul de unde trebuie să arunce şi de unde trebuie să pornească; să urmărească dacă partenerul este atent la acţiune, în momentul lansării obiectului; să respecte direcţia de aruncare; puterea de aruncare să fie adaptată distanţei dintre cei doi parteneri; iar în momentul în care se execută alternări ale procedeului de lansare, să fie anunţat partenerul ce formă execută (de sus, de la piept, prin rostogolire).

Atenţia terapeutului trebuie să fie orientată, în principal, asupra greşelilor pe care unii copii le fac în timpul executării acestor deprinderi, cele mai frecvente manifestîndu-se sub următoarele forme: braţele rigide, prea mult întinse în înainte, palmele plasate faţă în faţă, mult depărtate şi cu degetele în abducţie; această poziţie de aşteptare pentru primirea mingii favorizează trecerea acesteia printre palme, fără a putea fi oprită; greutatea corpului lăsată mult în spate, pe călcîie, ceea ce poate conduce la pierderea echilibrului; trunchiul, uneori, prea mult aplecat înainte, iar privirea îndreptată în jos; în situaţia în care mingea este ţinută în mînă pentru a fi lansată, degetele pot fi încleştate, ceea ce determină reale dificultăţi de eliberare a mingii, deşi braţul execută acţiunea; sînt cazuri cînd mingea este eliberată înainte ca braţul să execute mişcarea de aruncare; în aceste condiţii, mingea rămîne undeva în spatele copilului; cînd copilul nu poate aprecia corect distanţa pînă la care trebuie să arunce mingea; cînd nu reuşeşte să dozeze corect forţa pe care trebuie să imprime mingii, pentru a ajunge la punctul stabilit.

Concluzii

Organizarea şi desfăşurarea procesului de educare şi reeducare psihomotrică, cu referire directă la coordonarea oculo-manuală, trebuie să fie orientate în raport cu

următoarele obiective: să se urmărească adaptarea treptată la solicitări, în funcţie de posibilităţile motrice şi psihomotrice ale copilului; după dobîndirea capacităţii de a executa mişcarea, atenţia să fie orientată asupra corectitudinii, preciziei şi eficienţei în execuţie; să fie alternat efortul cu odihna, cu preocuparea pentru reglarea respiraţiei, ceea ce va conduce la adaptarea copilului la solicitări fizice mai mari.

Echilibrul şi controlul postural

Prin echilibru se înţelege menţinerea centrului de greutate al corpului în interiorul poligonului de susţinere.

Creşterea şi dezvoltarea corpului sînt marcate de dezvoltarea simţului echilibrului, cît şi de capacitatea de a orienta mişcările segmentelor în spaţiu. Simţul echilibrului este complex şi pune în raport poziţia capului faţă de corp şi a corpului faţă de mediul înconjurător.

Pe parcursul evoluţiei motorii a copilului, după Le Métayer (citat de F. Plas, E. Hagron, 2001, p. 53) se disting în mod clar următoarele stadii: al compensaţiilor posturale; al reacţiilor de balansare alternativă a membrelor; al reacţiilor de păşire; al reacţiilor de săltare a bazinului; al reacţiilor de echilibrare/prevenire a căderilor.

Reacţiile de echilibrare depind, în mare măsură, de informaţiile proprioceptive prezente în schemele motorii dinamice. Informaţiile proprioceptive, alături de cele exteroceptive, vizuale, labirintice şi auditive, sînt utilizate în funcţie de schema de organizare corporală generală.

După M. Epuran (1976, p. 131), senzaţiile de echilibru şi de mişcare ale corpului sînt de mai multe feluri, în raport de axele şi planurile fiziologice de mişcare: pe verticală, în mişcarea rectilinie sau rotatorie. Senzaţia de verticalitate şi de înclinare a corpului informează scoarţa asupra poziţiei capului şi a corpului în raport cu linia verticală. Senzaţia apare după excitarea de către otolite a terminaţiilor nervoase din urechea internă. Senzaţia de mişcare rectilinie este prea puţin resimţită la nivelul corpului, remarcîndu-se doar la începutul şi la sfîrşitul unei mişcări sau atunci cînd viteza de mişcare variază. Senzaţia de rotaţie apare tot la începutul sau la sfîrşitul unei mişcări sau cînd se intercalează o acceleraţie sau un început de frînare. Atunci cînd mişcarea de rotaţie se prelungeşte, senzaţia percepută devine intensă, apar reflexe, mai puţin motorii şi mai mult vegetative. Senzaţiile astfel apărute sînt persistente, vertijul fiind caracteristic.

Echilibrul static

Echilibrul static se realizează prin contracţia unor grupe musculare ale trunchiului şi membrele inferioare, în raport cu poziţia corpului în spaţiu. La aceasta contribuie activitatea coordonată de sistemul nervos central, în cadrul căruia intervin sistemul vestibular, sensibilitatea profundă conştientă şi inconştientă, sistemul extrapiramidal şi analizatorul vizual (Gh. Pendefunda, 1992, p. 25).

Sistemul vestibular culege informaţii referitoare la poziţia corpului în spaţiu. Sensibilitatea proprioceptivă transmite informaţii cu privire la poziţia segmentelor corporale şi tot pe această cale se transmit stimulii declanşaţi de variaţiile de presiune de la nivelul plantelor (tălpilor). Sistemul extrapiramidal intervine în controlul

contracției musculare, iar analizatorul vizual are rol în perceperea modificării relațiilor dintre corp și mediul înconjurător.

Centrul de greutate al corpului nu este compatibil cu cel al unui corp inert. El este permanent modificat prin mișcări oscilatorii discrete, ca urmare a unor contracții musculare inconștiente, afalte sub controlul sistemului senzorial. Mișcările generate de acest sistem, sub controlul motoneuronilor gama (γ), se caracterizează prin mișcări oscilatorii în toate axele și planurile de mișcare.

În plan sagital, deasupra bazei de susținere, apar mici oscilații în față și în spate. Oscilațiile în plan anterior sînt mai ample, pe cînd cele posterioare sînt mai reduse. În plan frontal, deasupra bazei de susținere, apar oscilații laterale, de balans, însoțite și de trecerea greutății corporale de pe un picior pe celălalt. În plan orizontal, centrul de greutate al trunchiului nu se deplasează, ci doar oscilează în jurul propriei axe, în discuție fiind torsiunea trunchiului (R. Ducrequet, 1965, p. 32).

Atitudinea corporală, care se vrea corectă și simetrică, se constituie dintr-o obișnuință, dobîndită progresiv pe parcursul creșterii și dezvoltării copilului. Atitudinea normală se constituie pe o bază complexă și este înregistrată la nivelul centrilor ideo-motori sub forma unei „scheme de atitudine". A. Lapierre (1976, p. 299) precizează că schema de atitudine constituie „reprezentarea mentală realizată de un subiect aupra echilibrului său general". Ea va deveni, treptat, elementul de referință la care se va raporta în orice moment atitudinea corporală. Atitudinea normală este o abstracție, ca și cea a omului normal, totuși, în plan lateral, ea semnifică simetria corporală.

Din punct de vedere static, echilibrul poate fi considerat în limite normale, atunci cînd fiecare segment ocupă o poziție în limitele unui echilibru mecanic, ce păstrează centrul de greutate în interiorul poligonului de susținere. Prin poziție de echilibru mecanic se înțelege poziția în care verticala centrului de gravitate cade în interiorul poligonului de susținere. Această poziție este considerată ca o condiție *sine qua non* pentru echilibrul global al corpului, iar perturbarea echilibrului prin deplasări segmentare se poate amenda de o manieră eficientă, prin sistemul de compensare reciprocă, în planurile în care au loc: sagital sau frontal.

Sub raport psihomotric, echilibrul de atitudine și de disponibilitate la solicitări externe exprimă comportamentul psihologic al persoanei, adică încrederea în sine, iar echilibrul psihic, dechiderea spre lume, disponibilitate în acțiune, într-o schemă de atitudine corect stabilită, componentă a schemei corporale generale.

Echilibrul dinamic

La mișcările intenționale, în care se pune în discuție mișcarea corpului, de exemplu, locomoția, mișcarea va fi asociată cu reacții posturale, fenomene ce au fost considerate ca ajustări posturale anticipative.

În aceste condiții, membrele inferioare, bazinul și trunchiul sînt părțile corpului care se angajează în mișcare, în funcție de tipul de mișcare programat și de condițiile posturale ale acestui moment În condițiile în care dezechilibrul este un fapt împlinit, reacțiile de adaptare devin tot mai ample, în principal la nivelul planului de sprijin podal, acestea fiind și la originea mecanismelor ce asigură translația centrului

de greutate în interiorul poligonului de susţinere, cu scopul restabilirii stării de echilibru.

În timpul deplasării, segmentele corporale trebuie să se afle într-o poziţie apropiată de cea de echilibru, păstrînd disponibilitatea de a putea fi mobilizate în orice direcţie, atîta timp cît se află în echilibru. Această situaţie oferă disponibilitate pentru adaptare la orice fel de modalitate de deplasare, în timp ce mersul solicită şi asigură perfecţionarea simţului de echilibru, evidenţiind, în acelaşi timp, capacitatea de coordonare a mişcărilor, de a le raporta la sine, cît şi la mediul ambiant.

Echilibrul şi controlul postural

Activitatea omului este, în cele mai variate situaţii, desfăşurată avînd ca suport un dezvoltat simţ al echilibrului şi o corectă dirijare a mişcărilor corpului în spaţiu. Efectuarea mişcărilor, indiferent de orientarea lor, se află sub un permanent control al scoarţei cerebrale, realizat prin intermediul simţului kinestezic şi cel al echilibrului.

Simţul kinestezic informează scoarţa despre poziţia părţilor corpului, a mişcărilor segmentelor corpului şi a rezistenţei pe care o întîlnesc aceste segmente în mişcare sau rezistenţa pe care trebuie să o învingă prin mişcare.

Mişcările corpului sînt variate, fapt ce impune ca acestea să fie efectuate în condiţiile în care centrul de greutate este menţinut în interiorul poligonului de sprijin. Poziţiile pe care le adoptă trebuie să fie de aşa manieră selecţionate încît să ofere trunchiului şi membrelor superioare posibilitatea de a acţiona degajat, condiţia fiind să-şi păstreze centrul de greutate în interiorul poligonului de susţinere.

Educarea şi reeducarea simţului echilibrului şi al orientării mişcărilor în spaţiu „se pot realiza cu succes numai în măsura în care se ţine seama de întregul complex al senzaţiilor proprioceptive şi exteroceptive de mişcare, chinestezice, de echilibru, tactile, vizuale, precum şi de factorii interni care comandă declanşarea mişcării reprezentările şi imaginile mişcărilor concrete care trebuie executate" (M. Epuran, 1976, p. 133).

Atunci cînd în discuţie este refacerea capacităţii de menţinere a echilibrului, se porneşte de la aserţiunea potrivit căreia „echilibrul se educă în condiţii de dezechilibru". La baza schimbării posturii sînt incriminate cauze interne sau externe.

Cauzele interne sînt puse în evidenţă prin intenţia subiectului de a-şi modifica postura prin schimbarea poziţiei trunchiului şi a segmentelor sale. În acest context, cauza modificării posturii este una de natură voluntară, ceea ce nu conduce la pierderea echilibrului, centrul de greutate rămîne în interiorul poligonului de susţinere. Cauzele externe sînt exprimate prin intervenţia unor factori independenţi de voinţa subiectului şi care pot conduce la modificarea posturii trunchiului şi segmentelor sale, ceea ce perturbă poziţia generală a corpului, pînă la situaţia de pierdere a echilibrului.

Organizarea procesului de educare sau reeducare solicită terapeutului un plan de tratament, avînd la bază selecţionarea sistemului de mijloace şi a metodelor de acţionare, pentru a satisface următoarele cerinţe: stabilirea exactă a obiectivelor pe care trebuie să le realizeze în cadrul procesului de pregătire; determinarea particularităţilor motrice şi psihomotrice ale copilului; structurarea sistemului de mijloace ce urmează a fi utilizat; gradul de dificultate a exerciţiilor şi condiţiilor în care se

desfăşoară procesul de pregătire; adaptarea sistemului de mijloace şi metode la particularităţile de diagnostic, sex şi la vîrsta cronologică.

În condiţiile în care atenţia este orientată spre educarea pe plan psihomotric, obiectivele vizează: formarea abilităţii de redresare în condiţiile de pierdere a echilibrului, ca urmare a intervenţiei unor factori externi; formarea deprinderii de a executa exerciţiile de echilibru, începînd cu mişcări din poziţii joase spre cele înalte; de la analiza modului în care se execută unele structuri, la modul în care le poate verifica şi valida; obişnuirea cu stabilitatea suprafeţei de sprijin, apoi cu mobilitatea relativă a acesteia.

În condiţiile organizării procesului de reeducare psihomotrică, se are în vedere: sistemul de mijloace să fie adaptat stării de disconfort a copilului; pregătirea copilului pentru a-l face să înţeleagă efortul pe care trebuie să îl depună, pentru refacerea potenţialului său psihomotric; să se urmărească o strictă dozare şi gradare, în special a tulburării sau dificultăţii recunoscute; atenţie deosebită asupra modului în care copilul reuşeşte, pe plan psihologic, să se integreze în sistemul de cerinţe.

Structura sistemului de mijloace

Formarea şi dezvoltarea echilibrului se bazează pe acele procedee metodice, care conduc la mobilizarea atenţiei şi la declanşarea unor reflexe tonico-musculare, care să determine redresarea corpului şi a segmentelor sale, pentru a evita căderea.

Structurarea procedeelor de lucru determină sistemul de măsuri pe care terapeutul trebuie să le aibă în atenţie, atunci cînd planifică modul în care modifică condiţiile de desfăşurare a activităţii de pregătire în sensul: reducerii treptate a suprafeţei de sprijin; ridicarea gradată a centrului de greutate al corpului în raport de suprafaţa de sprijin (din ghemuit pînă în stînd); modificarea poziţiei corpului cu menţinerea proiecţiei centrului de greutate în interiorul poligonului de sprijin; modificarea înălţimii şi lăţimii aparatului (prin îngustare) schimbarea procedeului de deplasare şi a ritmului de execuţie prin transportul unor obiecte (pe cap, pe umeri, în spate); creşterea treptată a unghiului de înclinare a aparatului pe care se execută deplasarea; introducerea unor obstacole ce trebuie depăşite în timpul deplasării în echilibru; modificarea mobilităţii aparatului pe care se execută deplasarea; schimbarea sensului de deplasare (lateral, cu spatele, cu întoarceri) şi a modului de execuţie (cu picioarele duse prin lateral, flectarea unui picior, mers în ghemuit); deplasarea cu ochii închişi şi cu capul în extensie etc.

Indicaţii metodice: în cadrul activităţilor efectuate pe loc, pentru început, copilul este ajutat de către terapeut să execute mişcările care solicită menţinerea echilibrului. Treptat, pe măsură ce copilul se obişnuieşte şi capătă încredere în sine, terapeutul limitează acest ajutor; în primul rînd, prezenţa sa alături de copil, cu braţele pregătite pentru a putea interveni în caz că situaţia o impune.

Această poziţie a terapeutului trebuie să se constituie într-o formă de ajutor, întrucît copilul sesizează că nu este singur. Pe măsură ce copilul dobîndeşte capacitatea de a efectua cît mai corect acţiunile, terapeutul îşi menţine doar prezenţa alături de copil, dar nu pierde din vedere principalele aspecte legate de menţinerea echilibrului: se urmăreşte ca, în timpul efectuării exerciţiilor de echilibru, copilul să menţină poziţia de rectitudine a trunchiului, în care umerii să fie duşi în uşoară

extensie; să se evite pierderea de către copil a echilibrului, întrucît se creează o stare de neîncredere şi de reţinere faţă de acest gen de activitate, cît şi posibilitatea de a se accidenta.

Modalităţile de educare a senzaţiilor plantare

• Poziţia decubit

Din decubit dorsal picioarele apropiate şi flectate la nivelul genunchilor; braţele întinse, în uşoară abducţie.

Acţiunea: ridicarea lină a bazinului de pe sol, cu sprijin pe cap şi partea superioară a trunchiului cît şi pe tălpile picioarelor.

Indicaţii metodice: se menţine timp de 3-5 sec.; în timpul menţinerii poziţiei de decubit dorsal, copilul încearcă să deplaseze tălpile înainte şi înapoi fără a le ridica de pe sol; se ridică apoi alternativ piciorul drept apoi stîng; se execută păşirea cu piciorul drept apoi stîng pînă se ajunge în decubit dorsal cu picioarele întinse; cînd copilul ajunge la un nivel corespunzător de pregătire se poate încerca să revină, prin paşi mici, în poziţia iniţială.

Decubit dorsal, picioarele flectate cu tălpile sprijinite pe perete, braţele întinse în uşoară abducţie.

Acţiunea: prin deplasarea tălpilor pe perete se urmăreşte să ajungă cît mai sus posibil.

Indicaţii metodice: deplasarea picioarelor se execută astfel: primul pas: călcîiul primului picior să fie plasat în dreptul scobiturii plantare a celuilalt picior; acţiunea se repetă şi cu celălalt picior; în timpul deplasării picioarelor, atunci cînd posibilităţile motrice ale copilului permit se poate executa şi deplasarea trunchiului prin „jocul" omoplaţilor; se revine treptat, prin acelaşi procedeu la poziţia iniţială.

Decubit dorsal, braţele pe lîngă corp, palmele în pronaţie aşezate pe sol, genunchii flectaţi, sub tălpi este plasat un baston de gimnastică.

Acţiunea: întinderea şi revenirea picioarelor cu rularea bastonului sub tălpi.

Indicaţii metodice: rularea bastonului este realizată prin presiune uşoară cu tălpile; după ce copilul stăpîneşte procedeul, rularea se poate realiza prin apăsarea, din ce în ce mai puternică, asupra bastonului.

• Poziţia aşezat

Oferă condiţii optime de prelucrare a labei piciorului, cu referire directă la formarea reflexului de sprijin plantar, dar şi la asigurarea posibilităţii de a mobiliza pasiv şi pasivo-activ această zonă. În acest sens se poate acţiona prin: abducţie şi adducţia labei piciorului; apăsări simultane sau alternative pe sol, cu călcîiele şi cu vîrful piciorului; uşoare loviri alternative ale solului cu tălpile; rularea simultană şi alternativă, călcîi, talpă, vîrf; cu cîte un rulou sub fiecare picior, se execută rulări simultane şi alternative cu apăsare crescîndă pe fiecare picior; gambele în abducţie, genunchii apropiaţi, apăsări pe partea internă a labei picioarelor; genunchii în abducţie, tăpile apropiate, apăsări pe partea externă a labei picioarelor; tălpile pe sol, palmele aşezate pe genunchi, deplasarea gambelor spre înainte prin paşi mici, concomitent cu apăsarea tălpilor în sol.

Indicaţii metodice: acţiunile vor fi executate la început în mod pasiv de către terapeut, pe măsură ce copilul se obişnuieşte cu mişcările iniţiate de terapeut, se trece la execuţia individuală a fiecărei acţiuni mai sus prezentate; în acest sistem de mijloace mîinile au rolul de a susţine mişcarea, de a o dirija, ca mai apoi să îngreuieze posibilitatea de execuţie.

• Sprijin pe genunchi

Din cvadrupedie se face trecerea în sprijin pe genunchi şi pe vîrful degetelor de la picioare, după cum urmează:

– copilul coboară bazinul pînă ajunge pe gambe, timp în care îndreaptă trunchiul şi duce braţele pe lîngă corp în jos, privirea îndreptată spre înainte, capul menţinut pe verticală;
– din stînd pe genunchi, cu bazinul sprijinit pe călcîi şi cu braţele pe şold, copilul va executa ridicarea în stînd pe genunchi, cu ducerea braţelor întinse în faţă. La următoarea repetare duce braţele fie în lateral, fie în sus;
– din stînd pe genunchi şi pe călcîie cu braţele pe şold, copilul duce braţele în lateral, timp în care deplasează un picior întins în lateral. Repetă acţiunea şi cu celălalt picior;
– din stînd pe genunchi şi pe călcîie, duce braţele întinse înainte, timp în care duce un picior în faţă flectat din genunchi şi revenire la poziţia iniţială.

Indicaţii metodice: se urmăreşte ca poziţia capului şi trunchiului să fie menţinute în rectitudine; într-o etapă mai avansată de lucru se pot introduce unele modificări ale poziţiei trunchiului, cum ar fi răsuciri dreapta-stînga, aplecări, uşoare extensii.

• Aşezat, ridicare în stînd

– Aşezat la marginea patului, picioarele atîrnînd uşor depărtate, mîinile apucă capetele unui cordon trecut pe după gîtul terapeutului.
– Terapeutul plasat în faţa copilului cuprinde cu o mînă pe sub axilă umărul, cealaltă mînă o aşază pînă ajunge cu tălpile pe sol, în acest moment mîna alunecă de sub axilă la baza toracelui, iar cealaltă mînă (care a fost plasată pe genunchi) se plasează tot la baza toracelui de partea opusă.

Indicaţii metodice: acţiunea este executată lent, se atrage atenţia copilului să menţină ochii deschişi în timpul efectuării acţiunii.

Modificarea sistemului de sprijin, de la bipodal la unipodal

Trecerea de la sprijinul bipodal la cel unipodal impune unele măsuri cu caracter metodic şi practic.

La început, copilul este pregătit treptat pentru a menţine poziţia ortostatică, după care se asigură capacitatea de sprijin unilateral a corpului, terapeutul selecţionînd acele mijloace care sînt în acord cu particularităţile individuale ale copilului.

Grupa exerciţiilor de sprijin bipodal este utilizată pentru a obişnui copilul să-şi poată transfera greutatea de pe un picior pe altul, cu sau fără intervenţie din afară.

Stînd cu mîinile pe şolduri, picioarele depărtate, terapeutul plasat în spatele lui îl susţine de sub axile. Se execută deplasarea sprijinului de pe un picior pe altul, timp în care piciorul pe care este transferată greutatea flectează genunchiul.

Indicaţii metodice: trecerea sprijinului de pe un picior pe altul se execută lent; trunchiul este menţinut în ortostatism, iar privirea orientată spre înainte; în poziţia de stînd inspiră, în fandare expiră.

Aceeaşi poziţie fundamentală, numai că terapeutul aplică mîinile la nivelul bazinului. Copilul, cu picioarele depărtate la nivelul umerilor, apleacă trunchiul în faţă, ducînd în acelaşi timp braţele în lateral, capul în extensie, privirea înainte.

Stînd, cu picioarele uşor depărtate, pentru a menţine o minge medicinală la nivelul genunchilor, braţele flectate, palmele pe şold. Terapeutul, în spatele copilului, îl susţine de sub axile. Acţiunea: flectarea genunchilor concomitent cu ducerea braţelor în lateral, palmele în supinaţie.

Stînd pe o minge medicinală cu genunchii flectaţi, palmele pe genunchi, terapeutul îl susţine de sub axile. Acţiunea: întinderea picioarelor concomitent cu ducerea braţelor prin lateral în sus.

Indicaţii metodice: exerciţiul se execută lent; privirea este menţinută tot timpul spre înainte; flectarea picioarelor se execută cu sprijin pe toată talpa, iar după un număr de repetări sprijinul este pe vîrful picioarelor; înainte de începerea exerciţiului se inspiră, iar la revenirea în poziţia iniţială se expiră.

Ca modalităţi de educare a sprijinului unipodal se pot utiliza următoarele exerciţii:

– stînd sprijinit de masă sau spătarul unui scaun etc., ridicarea unui picior cu genunchiul flectat. Se solicită copilului să îl deplaseze în lateral, întins în faţă, apoi întins înapoi cu laba piciorului în flexie plantară;
– terapeutul este plasat fie în faţa copilului cuprinzîndu-l pe sub axile fie lateral sau în spatele copilului;
– schimbarea poziţiei terapeutului este în funcţie de planul în care copilul deplasează piciorul;
– din stînd, ridicare pe vîrful unui picior, piciorul liber se deplasează în toate planurile posibile;
– stînd pe un picior, mîinile sprijinite, trunchiul aplecat aplecat în faţă: deplasarea piciorului liber în lateral, concomitent cu răsucirea uşoară a trunchiului spre partea piciorului liber. Se repetă acţiunea şi cu celălalt picior;
– stînd pe o minge medicinală; terapeutul îl susţine de sub axile;
– deplasarea unui picior întins în faţă, în lateral, în spate, oblic înainte. Se asociază acestor mişcări şi deplasarea braţelor simetric şi asimetric cît şi a trunchiului.

Indicaţii metodice: se urmăreşte reducerea treptată a sprijinului, terapeutul asigură asistenţa prin prezenţa sa în faţa copilului, cu braţele pregătite pentru a interveni în caz că situaţia o impune.

În executarea mişcărilor de echilibru, se constată că se pot produce unele greşeli, ceea ce poate influenţa corectitudinea execuţiei, dar şi menţinerea unei stări de teamă, de reţinere a copilului faţă de această formă de activitate.

În aceste situaţii, copilul orientează privirea în jos, în loc să fie îndreptată spre înainte. Acest fapt se motivează prin acţiunea unui copil, care flectează trunchiul mult

spre înainte, ceea ce determină deplasarea poziţiei centrului de greutate mult în afara punctului de sprijin.

Laba piciorului este proiectată fie în afară fie înăuntru, fapt ce determină oscilaţii ale trunchiului şi deci posibilitatea de dezechilibrare.

Teama exagerată de a nu cădea şi, mai ales, de a nu se lovi, perturbă buna desfăşurare a procesului de educare a echilibrului.

Indicaţii metodice: în timpul desfăşurării activităţii de educare, terapeutul pe lîngă indicaţiile pe care le oferă copilului, trebuie să facă aprecieri pozitive despre curajul copilului, despre cît de frumos execută acţiunile, ce progrese notabile a realizat. Este modalitatea de captare a atenţiei copilului asupra acţiunilor în curs de efectuare.

Trecerea de la echilibrul static la cel dinamic

Activitatea cotidiană se caracterizează prin dinamism, condiţie în care corpul este în situaţia de a se adapta permanent la solicitările mediului în care trăieşte.

Dobîndind ortostatismul, copilul cu tulburări şi dificultăţi psihomotrice manifestă dorinţa de a se deplasa, de a cuceri spaţiul în care trăieşte.

Echilibrul dinamic condiţionează, de fapt, întreaga activitate motrică. Deprinderile motrice de bază, prin intermediul cărora sînt realizate relaţiile cu mediul, se bazează, în marea lor majoritate, pe posibilitatea de a menţine centrul general de greutate în interiorul poligonului de susţinere. Consecinţele unei dezechilibrări sînt dintre cele mai neplăcute pentru un copil cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice. În aceste condiţii, educarea sau reeducarea echilibrului dinamic se constituie într-un obiectiv major al procesului de pregătire a copilului cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice.

Educarea şi reeducarea echilibrului dinamic parcurg următoarele trepte metodice:

• *Deplasare pe sol cu menţinerea direcţiei de înaintare*

Se trasează pe sol două linii paralele la 20-25 cm una de cealaltă. Copilul, plasat la un capăt al liniilor, trebuie să se deplaseze între cele două linii fără a le atinge cu picioarele. În timpul deplasării copilul merge pe toată talpa, apoi pe vîrful picioarelor, cu mişcarea braţelor înainte, lateral, în sus.

Indicaţii metodice: pe măsură ce copilul reuşeşte să execute cît mai corect deplasarea, creşte dificultatea de execuţie, introducînd deplasarea laterală, deplasare cu fandarea picioarelor, deplasare cu accentuarea rulării călcîi, talpă, vîrf. Deplasarea se poate asocia şi cu mişcări ale trunchiului (îndoiri laterale, aplecări şi extensii, răsuciri) sau ale picioarelor (ridicarea genunchilor la fiecare pas, ducerea prin lateral a fiecărui picior care înaintează).

• *Deplasare pe sol cu modificarea direcţiei de înaintare*

Se trasează pe sol o linie dreaptă de 2-3 m; la capătul liniei se trasează pe sol 2-3 linii curbe. Copilul se deplasează păşind pe liniile trasate pe sol. La a doua repetare, deplasarea se execută în ghemuit, apoi deplasare cu braţele în lateral, înainte, în sus.

Se trasează pe sol un pătrat cu latura de 2 m, copilul porneşte în mers, pe prima latură, deplasarea executîndu-se cu braţele în lateral; pe a doua latură deplasarea se face în ghemuit; în a treia latură prin fandare, iar în a patra latură deplasarea se efectuează lateral cu braţele în sus.

Se trasează două linii paralele la distanţă de 1 m, capetele sînt unite cu două linii curbe (lungimea liniilor: 2-3 m) Copilul se deplasează pe una din linii, mergînd pe vîrfuri cu braţele înainte; pe latura curbă se deplasează prin mers lateral; pe cea de-a doua latură, de întoarcere, deplasarea se execută prin fandare înainte, iar pe a doua curbă, ultima, deplasarea se face cu trunchiul aplecat, privirea înainte.

• *Deplasare pe un plan ridicat*

Se foloseşte o scîndură lată de 20-25 cm, lungă de 2,5-3 m şi plasată la o înălţime de 20-30 cm.

Mers pe toată talpa cu braţele întinse în faţă, la capătul scîndurii se execută o întoarcere prin paşi mici şi revenire la locul de unde a plecat prin mers pe vîrfuri, palmele pe şold.

Mers cu uşoară fandare, palmele pe şold, la capătul scîndurii se execută întoarcerea prin paşi mici, revenire la locul de unde a plecat prin mers ghemuit.

Indicaţii metodice: urcarea pe scîndură se face prin păşire, iar coborîrea prin uşoară săritură în adîncime cu îndoirea genunchilor, palmele sînt aşezate pe sol; la primele încercări terapeutul parcurge traseul alături de copil, pentru a evita manifestările de teamă.

• *Deplasare pe un plan înclinat*

O scîndură lată de 20-25 cm, sprijinită cu un capăt pe un suport rigid la înălţimea de 35-40 cm, celălalt capăt pe sol.

Mers în echilibru cu braţele uşor depărtate şi întinse spre în jos, păşind pe toată talpa, la capăt se execută o întoarcere lentă de 180^0 şi coborîre cu ducerea braţelor oblic în sus.

Mers în echilibru pe vîrful picioarelor, cu braţele în lateral; coborîrea se execută cu palmele pe şold, păşind pe călcîi, talpă, vîrf.

• *Deplasare cu micşorarea suprafeţei de sprijin*

Se utilizează, în principal, partea îngustă a băncii de gimnastică.

Mers pe partea îngustă a băncii de gimnastică cu deplasarea braţelor: înainte, lateral, în sus, cu repetarea mişcării braţelor pe tot parcursul deplasării.

Mers în lateral, cu pas adăugat şi cu braţele în lateral, deplasarea se execută pe vîrful picioarelor.

Indicaţii metodice: pentru început, copilul este îndrumat ca atunci cînd deplasează piciorul liber dinspre înapoi spre înainte, cu partea internă a labei piciorului să atingă uşor suprafaţa de sprijin, pentru a reuşi să-şi controleze echilibrul.

• *Deplasare cu transport de obiecte*

Mers pe partea lată a băncii de gimnastică, transportînd două mingi medicinale ţinute sub braţ, la întoarcere le transportă pe umăr.

Mers transportînd un scăunel, pe care îl ţine în faţă la nivelul pieptului; la întoarcere îl plasează în spate; deplasarea se execută în prima parte pe vîrfuri, iar la întoarcere în mers fandat înainte.

Mers trasportînd o minge medicinală pe cap; deplasarea se execută prin pas adăugat, în lateral, la întoarcere mers ghemuit cu transportul mingii la nivelul cefei.

Banca de gimnastică cu partea îngustă în sus, sprijinită pe un suport cu o mică denivelare, mers cu două mingi medicinale mici, transportate sub axile/braţe.

Indicaţii metodice cu caracter general

Treptele metodice prezentate au ca obiectiv creşterea gradată a sistemului de cerinţe. În aceste condiţii, fiecare treaptă pe care copilul o parcurge şi reuşeşte să o înţeleagă şi să o execute cu destulă uşurinţă şi eficienţă este considerată că a contribuit la adaptarea copilului la solicitări.

Se trece la următoarea treaptă numai după ce copilul execută corespunzător procedeul precedent. În aceste condiţii, copilul va putea stăpîni mecanismele de bază pe care se clădesc componentele treptei următoare.

Gradul de dificultate al fiecărei trepte este de natură să stimuleze dorinţa copilului de a acţiona cît mai bine şi în deplină siguranţă. Terapeutul trebuie să-i explice copilului că greşelile în execuţie din cadrul unei trepte se constituie în dificultate mai mare în treapta următoare.

Eşalonarea sistemului de mijloace, care vor conduce la dezvoltarea echilibrului static şi dinamic la un copil cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, trebuie să fie în acord strict cu nivelul motric şi psihic înregistrat la momentul începerii procesului de reeducare.

Ca elemente de evaluare a randamentului procesului de reeducare psihomotrică, accentul se pune pe modul în care copilul şi-a însuşit procedeul de deplasare în echilibru, dar şi pe dezvoltarea încrederii în posibilităţile sale. La copiii care depăşesc vîrsta de 10 ani, pe lîngă însuşirea procedeului impus, se urmăreşte şi modul în care se integrează socio-familial.

Pentru copiii cu tulburări psihomotrice mai accentuate, acţiunile de educare a echilibrului au drept cerinţă de bază însuşirea temeinică a mersului. La început, acţiunea se desfăşoară cu o bază mai largă de susţinere pentru ca, în final, să se obţină şi ameliorarea mersului. (Abia în acest moment se poate apela la formele gradat ascendente prezentate în această lucrare.)

Utilizarea sistemului de mijloace îl obligă pe terapeut să gradeze de aşa manieră efortul, încît copilul să reuşească să-şi formeze treptat abilitatea de a se adapta la solicitări.

În acest sens, terapeutul îl obişnuieşte pe copil să-şi menţină corpul într-o poziţie statică, care să nu fie perturbată de unii factori externi sau interni. Starea de imobilitate, pentru un copil cu tulburări psihomotrice, este destul de dificil de menţinut şi totuşi terapeutul recurge la acest procedeu, pentru a pune copilul în situaţia de a înţelege ce este echilibrul static şi cum trebuie să se adapteze acestei cerinţe.

Trecerea treptată de la echilibrul static la cel dinamic trebuie să se bazeze pe posibilitatea copilului de a se deplasa în mod corect, de a face faţă la schimbarea

poziţiei corpului fără a-şi pierde echilibrul, de a găsi resursele motrice şi psihice de redresare în condiţiile unei dezechilibrări neprevăzute.

Echilibrul dinamic solicită, pe lîngă efortul muscular de a realiza această formă de activitate, şi pe cel psihic, pentru a reuşi să se integreze în sistemul de solicitări impus de această activitate.

Adaptarea copilului trebuie să vizeze şi acele aspecte în care se impune participarea sa pentru a realiza un anumit obiectiv. Pregătirea pentru activităţile în grup necesită o metodologie de lucru mai deosebită, care impune trecerea treptată de la cele mai simple forme de cooperare, la cele care necesită relaţii colective de colaborare cît mai perfectă între parteneri.

Postura

Prin definiţie, postura reprezintă diversitatea de poziţii pe care capul, trunchiul şi membrele le pot lua în condiţii statice sau dinamice. Omul are posibilitatea de a adopta o mare varietate de posturi. Acestea se exprimă, în fapt, prin poziţia relativă a segmentelor sale, care se plasează în raport cu atitudinea corpului, ca întreg.

Staţiunea verticală (bipodală) reprezintă atitudinea de referinţă a speciei umane şi se caracterizează prin poziţia segmentelor corporale, care, cu excepţia labei piciorului, se află pe acelaşi plan vertical, la fel ca şi curburile coloanei vertebrale (cervicală, dorsală şi lombară).

Este bine de precizat că, în principal, condiţiile interne pe care se asigură postura sînt cenzurate de către forţele externe, ambele aflate la originea reacţiilor posturale, care se opun dezechilibrului.

Menţinerea posturii de stînd în picioare, adică a ortostatismului, situaţie în care corpul este în echilibru, este posibilă numai dacă poziţia centrului de greutate se găseşte în interiorul poligonului de susţinere, oricare ar fi solicitarea de mişcare, liniară sau curbă.

Reacţiile posturale permit fiinţei umane să-şi asigure echilibrul, să-l redobîndească, urmare a angajării reflexe a grupelor musculare, activate de sistemul fuzorial al măduvei spinării.

Postura în picioare, zisă „comodă”, este considerată drept „postură de referinţă”, care, împreună cu cele derivate, se constituie ca reacţii de poziţionare antigravitaţională, în condiţiile în care toate aceste posturi au la bază acelaşi sistem esenţial de susţinere (de sprijin sau de apăsare).

Menţinerea posturii în picioare

Poziţia standard de stînd în picioare, după concepţia majorităţii autorilor, este următoarea: labele picioarelor cu călcîiele lipite şi deschidere anterioară de 30°; membrele superioare întinse pe lîngă corp în mod natural; privirea fixată înainte pe orizontală; musculatura corpului cît mai relaxată. Poziţia centrului de greutate raportată la dispoziţia segmentelor libere este unanim acceptată, se situează pe linia mediană a poligonului de susţinere, cu 5 cm în faţa reliefului uman al maleolelor interne.

Echilibrul postural este strîns legat de cunoaşterea şi reprezentarea propriului corp, cu precădere ale schemei corporale şi ale lateralităţii emisferice.

Stabilitatea posturii

Statilitatea posturii reprezintă un obiectiv major al procesului de instruire. Condiţiile interne sau externe pot influenţa negativ stabilitatea posturii. Cunoaşterea modului în care se produc posturile oferă condiţii optime de aplicare a modalităţilor de menţinere a echilibrului.

Perturbările posturale determină, pe cale reflexă, un răspuns muscular compensator, de ajustare posturală. De exemplu, dacă sprijinul se deplasează către spate, va rezulta o forţă din sens opus, adică din faţă, care va acţiona asupra centrului de greutate, cu scopul de a-l readuce la poziţia lui normală.

Păstrarea echilibrului în cadrul unei posturi impune ca o „forţă şi un moment compensator" să se opună acţiunii de dezechilibrare.

Perturbarea posturală de mică valoare este reechilibrată prin intrarea în joc a grupelor musculare întinse sau a ligamentelor, care se opun dezechilibrului.

La perturbările posturale care modifică poziţia de echilibru prin oscilaţii mai ample, prin acţiunea buclei gama, intră în acţiune grupele musculare, care vor ajusta, vor frîna şi vor restabili postura iniţială.

În condiţiile unor perturbări majore, din cauza cărora se poate pierde total echilibrul, au loc reacţii stabilizatoare, caracterizate prin mişcări globale ale corpului, în principal ale membrelor inferioare, care vor acţiona prin paşi, pînă se asigură o poziţie stabilă, ce nu trebuie să fie, neapărat poziţia iniţială.

Reacţiile posturale în relaţie cu mişcările voluntare

Reacţiile posturale preced, însoţesc şi urmează activităţile muşchilor implicaţi în execuţia mişcărilor voluntare. De fapt, toate mişcările voluntare au ca punct zero o anumită postură, de la care se porneşte, pentru a performa structura motrică propusă. Concomitent, în corp iau naştere şi unele forţe de frînare, care vor opri sau vor echilibra, la momentul potrivit, mişcarea sau forţele perturbatoare, asigurînd starea de echilibru postural.

Tonusul de postură poate fi considerat o formă de contracţie statică. El reprezintă „forţa ţesăturii de fond a activităţii motrice şi posturale, pregătind mişcarea, fixînd atitudinea, susţinînd gestul, menţinînd statica şi echilibrul".

Există situaţii în care reacţiile posturale apar şi ca urmare a unui stimul senzorial. În aceste condiţii, reacţiile nu sînt rigide, fapt demonstrat şi prin flexibilitatea şi adaptabilitatea lor.

Prevenirea tulburărilor de echilibru

Paleta deprinderilor motrice şi a întregului bagaj de mişcări pe care copilul le dobîndeşte se clădeşte şi pe un dezvoltat simţ al echilibrului. Dezvoltarea capacităţii de adaptare a organismului la mediul în care trăieşte se realizează prin „colaborarea mai multor simţuri – simţul echilibrului şi al orientării mişcării corpului în spaţiu cu simţurile chinestezic, vizual şi tactil" (M. Epuran, 1976, p. 131).

Efectuarea mişcărilor, în situaţii simple, nu necesită concentrarea atenţiei asupra menţinerii echilibrului, deşi copilul cu tulburări psihomotrice trebuie să fie atenţionat asupra modului în care se orientează în spaţiu şi a manierei în care menţine

corpul într-o poziţie corectă. Pornind de la aceste considerente, este necesar a selecţiona un sistem de mişcări care, prin structura lor, prin organizarea sistemului de acţionare, să-l conducă pe copil la dobîndirea capacităţii motrice pentru a asigura corpului stabilitatea şi forţa necesare pentru a reuşi; ca în condiţii simple sau neobişnuite să-şi menţină corpul în echilibru.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul trebuie să acorde o atenţie deosebită aspectelor legate de protecţia copilului. În primul rînd, trebuie să-i acorde asistenţă în cazul efectuării unor exerciţii care, prin structura lor, pot fi generatoare de momente mai dificile. În al doilea rînd, trebuie să menţină sub control fiecare acţiune, fie ea uşoară sau dificilă, pentru a se asigura că nivelul de pregătire pe plan motric a ajuns la un grad de stabilitate care să-i permită copilului să execute şi unele mişcări mai complicate. În al treilea rînd, trebuie să acţioneze în direcţia „înzestrării" copilului cu modalităţile practice prin intermediul cărora să poată acţiona pentru a evita unele manifestări neplăcute generate de cădere.

Căderea este unul dintre cele mai neplăcute momente pe care un copil cu tulburări psihomotrice le poate suporta. Acest copil înregistrează destul de anevoios unele manifestări corecte din cadrul procesului de formare a deprinderilor motrice, dar este destul de receptiv la acele acţiuni care îi produc o stare de teamă sau de durere. În aceste condiţii, terapeutul, în momentul în care alcătuieşte programul de lucru pentru un copil cu tulburări psihomotrice, trebuie să aibă în vedere ca sistemului de mijloace prin intermediul cărora acţioneză să vizeze: tonifierea grupelor musculare, corectarea componentelor de bază ale psihomotricităţii, cît şi însuşirea unor tehnici de evitare a căderilor şi de ridicare din cădere.

Exerciţii pregătitoare

Copilul este aşezat pe banchetă, cu gambele în atîrnat, braţele întinse, înapoi sprijinit. Terapeutul se plasează în faţa copilului, cu palmele îi sprijină gleznele. Se execută mobilizări pasivo-active şi active cu rezistenţă, urmărind gradarea efortului în funcţie de posibilitatea copilului. Acţiunile sînt de flexie-extensie, abducţie, adducţie, rotaţie internă şi externă şi circumducţie.

Copilul aşezat pe banchetă, tălpile pe sol, acţiunea are rolul de a consolida reflexul de sprijin plantar şi de a învinge rezistenţa opusă de terapeut prin abducţia şi adducţia labei piciorului. Să se execute apăsări simultane şi alternative pe sol, cu călcîiele şi cu vîrful piciorului, cît şi uşoare loviri alternative ale solului cu tălpile. Se vor executa rulări alternative şi simultane călcîi, talpă, vîrf; cu cîte un rulou sub fiecare picior şi cu apăsări crescînde pe fiecare picior (ruloul trebuie să fie rigid) Gambele în abducţie, genunchii apropiaţi, apăsări pe partea internă a labei piciorului. Se pot executa şi apăsări pe călcîiul şi vîrful părţii interne a piciorului. Genunchii în abducţie, tîlpile apropiate, apăsări pe partea externă a labei picioarelor. Se pot executa şi apăsări pe călcîi, partea externă şi vîrful piciorului. Acţiunea poate fi executată alternativ şi simultan cu ambele labe ale picioarelor.

Copilul, după ce dobîndeşte capacitatea de a executa acţiunile cît mai corect, aşază palmele pe genunchi şi exercită apăsări constante asupra picioarelor pentru a determina ca picioarele să învingă o rezistenţă din ce în ce mai mare.

• *Ridicare în stînd din poziţia aşezat*

Din poziţia aşezat, pe un taburet, cu picioarele uşor depărtate, tălpile pe sol, cu o minge medicinală (2-3 kg) menţinută la nivelul bazinului, prin uşoară înclinare a trunchiului înainte să se ridice în poziţia stînd. Aceeaşi poziţie iniţială, numai că în timpul înclinării trunchiului înainte, mingea este ridicată pînă la nivelul pieptului, cînd a ajuns în poziţia stînd, mingea este dusă pe cap şi se execută deplasare spre înainte şi în lateral cu paşi adăugaţi.

• *Exerciţii de dezechilibru dirijat**

Din stînd cu mîinile plasate pe un scaun sau pe o stinghie de la scara fixă, picioarele uşor depărtate, terapeutul plasat în spatele copilului cu mîinile cuprinde din lateral bazinul, imprimă deplasări ale acestuia: înainte, înapoi, lateral dreapta, lateral stînga.

Din stînd, cu picioarele uşor depărtate, mîinile pe şold, terapeutul plasat în spatele copilului, mîinile plasate pe umerii acestuia†: prin schimbarea poziţiei umerilor, copilul trebuie să deplaseze bazinul în sens invers pentru a-şi menţine poziţia în echilibru.

• *Schimbarea centrului de greutate*

Stînd, cu mîinile sprijinite pe scara fixă sau spătarul unui scaun, cu picioarele în abducţie (mai mult decît lăţimea umerilor): flectarea genunchiului drept cu trecerea greutăţii pe acest picior, revenire în stînd; flectarea genunchiului stîng cu trecerea greutăţii pe acest picior, revenire în stînd.

Stînd, palmele pe şold, fandare spre dreapta (cu ducerea piciorului drept în lateral) şi transferul greutăţii pe acest picior, prin împingerea energică în piciorul drept corpul se deplasează spre cel stîng; se repetă acţiunea şi cu piciorul stîng. Din aceeaşi poziţie, se execută fandarea spre înainte şi revenire la poziţia iniţială; se execută fandarea pe piciorul drept, cu trecere în fandare pe piciorul stîng fără a mai trece prin poziţia stînd.

Recomandări: ducerea piciorului în lateral se execută la început cu amplitudine mică, pe măsură ce dobîndeşte capacitatea de orientare şi de stăpînire a corpului, cît şi forţa necesară pentru ca revenirea la poziţia iniţială, fandarea este de o amplitudine din ce în ce mai mare.

• *Exerciţii de echilibru unipodal*

Stînd cu un picior pe o minge medicinală mare, terapeutul, plasat în faţă, îl apucă de mîini, copilul execută deplasarea unui picior înainte, înapoi, în lateral dreapta şi în stînga; se repetă acţiunea şi cu sprijinul pe celălalt picior.

Recomandări: la început, sprijinul este asigurat pentru ambele mîini, după un timp se trece la sprijin pe o singură mînă, ca mai apoi acţiunea să fie executată fără sprijin. Atenţie asupra direcţiei în care priveşte copilul (de obicei copilul priveşte în

---

* Indicaţii metodice: la început, dezechilibrarea este de mică amplitudine; copilul este avertizat de direcţia în care trebuie să deplaseze bazinul sau umerii; la primele încercări, baza de sprijin este cu picioarele mult în abducţie pentru ca treptat să stea cu picioarele apropiate.

† Se poate exersa şi deplasarea unui picior pentru a mări suprafaţa de susţinere, dar va fi de sens contrar direcţiei de deplasare a bazinului sau umerilor. Se execută acest procedeu numai după ce copilul a dobîndit un grad de libertate mai mare în mişcări.

jos în loc să privească în sus şi înainte), laba piciorului este proiectată mult înainte sau în lateral, determinînd oscilaţii ale trunchiului, se întîlneşte o frecventă teamă de a nu cădea, ceea ce conduce la dificultăţi de organizare. Se insistă pentru a trece peste această stare de reţinere.

Stînd cu o minge medicinală în mîini (1-2 kg), aplecarea trunchiului spre înainte, concomitent cu deplasarea piciorului drept spre înapoi în sus şi plasarea mingii pe sol, revenire în poziţia iniţială. Se repetă acţiunea cu piciorul stîng, numai că la revenire în poziţia stînd este ridicată mingea.

Stînd cu o minge medicinală plasată la nivelul vîrfului picioarelor, ducerea braţelor prin înainte în sus, concomitent cu flectarea piciorului drept din genunchi spre înainte în sus, aplecarea trunchiului spre înainte cu braţele în jos unde plasează mingea pe sol, piciorul flectat din genunchi este dus spre înapoi în sus; revenire în poziţia stînd.

Stînd cu un baston în mîini apucat, se ridică braţele spre înainte în sus, concomitent cu ridicarea unui picior flectat din genunchi, se coboară braţele pentru a trece piciorul peste baston, revenind în poziţia stînd, timp în care este eliberat un capăt al bastonului; se repetă exerciţiul şi cu celălalt picior.

Echilibrul dinamic

Deplasarea pe săculeţi de nisip sau pe cuburi din lemn (de diferite mărimi) permite o bună adaptare la mers în echilibru.

Sub raport metodic, la început, distanţa dintre săculeţi este la nivelul unui pas normal, pentru ca, treptat, această distanţă să fie micşorată; cînd copilul s-a obişnuit să execute şi acest tip de paşi, fără a-şi pierde echilibrul, se trece la creşterea distanţei dintre săculeţi, modificîndu-se poziţia lor faţă de linia mediană, ceea ce îl va determina să execute paşii în uşoară lateralitate.

Ca modalităţi de lucru, legat de mers, se pot utiliza următoarele procedee: mers cu oprire la semnal; mers cu paşi laterali; mers cu trecere peste mingi medicinale mai mari decît săculeţii cu nisip; mers fără a privi în jos; mers cu ochii închişi pe o linie dreaptă trasată pe sol, la oprire deschide ochii şi urmăreşte traseul pe care l-a realizat; mers pe banca de gimnastică cu creşterea treptată a înălţimii unui capăt al băncii; mers pe partea îngustă a băncii de gimnastică cu ajutor (terapeutul îl conduce ţinîndu-l de o mînă); mers pe banca de gimnastică cu păşirea pe sau peste săculeţii de nisip; mers cu transportul unor săculeţi cu nisip pe cap.

Pentru a lărgi sfera de înţelegere a acţiunilor pe care le execută, se cere copilului să verbalizeze fiecare mişcare, cu precădere cele legate de: menţinerea corpului într-o poziţie corectă, modul în care execută paşii, cum transportă obiectele şi ce simte în timpul transportului; ce părere are despre cum îşi menţine echilibrul; care este momentul cel mai dificil din timpul executării exerciţiilor (este de la sine înţeles că se cer explicaţii simple, la nivelul de percepere a acţiunilor pe care le execută).

Mersul este acţiunea prin care se pot cel mai bine educa senzaţiile plantare, întrucît copilul este în situaţia de a rula călcîi, talpă, vîrf.

Exerciţii pregătitoare pentru învăţarea căderii

Este modalitatea de a preveni dezechilibrul prin acţiuni, în care copilul, deşi pus în situaţia de a se dezechilibra, trebuie să acţioneze pentru a realiza corect acţi-

unea. În acest sens se folosesc săculeţii cu nisip, mingi medicinale sau cuburi din lemn de diferite dimensiuni.

Din stînd, flectarea rapidă a genunchilui cu aşezarea palmelor pe sol, urmată de ridicarea lentă.

Din stînd, uşoară săritură pe loc, la aterizare, flectarea genunchilor, palmele pe sol, flectarea coatelor şi atingerea solului cu genunchii. Îndreptarea se execută printr-o împingere puternică în palme şi picioare pentru a reveni în stînd.

Din stînd, uşoară săritură pe loc, la atingerea solului se flectează genunchii, pînă ajung pe sol, palmele sînt plasate pe sol în partea dreaptă a genunchilor, se flectează coatele pînă ce coapsa din partea dreptă atinge solul. Se cere copilului să plaseze braţele cînd spre drepta, cînd spre stînga, pentru a putea fi pregătit pentru o eventuală cădere fie într-o parte, fie în cealaltă. Revenirea în poziţia de stînd se execută prin împingere în braţe, revenire în sprijin pe genunchi şi apoi ridicare în stînd.

Din stînd, pe un grup de 3-4 săculeţi cu nisip plasaţi unul peste altul, se execută săritură în adîncime, la contactul cu solul, care este luat cu vîrful picioarelor şi cu flectarea genunchilor, palmele aşezate pe sol lateral stînga sau dreapta, trunchiul uşor aplecat spre înainte. Se repetă exerciţiul de mai sus, numai că la contactul cu solul a genunchilor se continuă mişcarea pînă cînd şi bazinul atinge solul.

Stînd pe banca de gimnastică, săritură în adîncime, contactul cu solul este luat cu vîrful picioarelor uşor depărtate, se flectează genunchii, palmele pe sol plasate în drepta sau în stînga, se flectează braţele la nivelul coatelor, urmînd contactul cu solul al coapsei şi al trunchiului pe partea dreptă sau stîngă.

Însuşirea secvenţială a căderii prezintă cele mai mici riscuri întrucît contactul cu solul, fiind luat în lateral, de o manieră rulantă, în care musculatura este cît mai relaxată, asigurată prin succesiunea: gambă, coapsă, bazin, partea latero-dorsală a trunchiului, această formă ar deveni varianta de cădere cel mai puţin riscantă. Învăţarea căderilor cu „încetinitorul" este singura cale de a asigura reuşita deplină, mai ales în condiţiile în care se urmăreşte ca această acţiune să fie programată în cadrul procesului de educare sau reeducare a copilului cu tulburări psihomotrice.

Este important ca, în cadrul procesului de învăţare a căderilor, copilul să fie obişnuit ca, după ce a luat contactul cu solul, să nu încerce să se ridice imediat. Trebuie să stea un moment să analizeze poziţia corpului şi a segmentelor. Acest moment de „pauză" este foarte important întrucît, în cădere, nu pot fi controlate corpul sau segmentele, situaţie în care, stînd şi analizînd cum sînt situate pe sol părţile corpului, copilul poate să prevină unele accidente, urmare a forţării acestor părţi. Este indicat să-l obişnuim pe copil ca, treptat, să simtă cum sînt poziţionate segmentele în raport cu poziţia corpului, după care poate lua decizia de a se ridica.

Însuşirea acestui procedeu este mai uşor de realizat în condiţiile exersărilor din poziţia statică decît în situaţia acţiunilor dinamice. În general, procedeele de cădere sînt mai dificil de însuşit de către copilul cu tulburări psihomotrice şi totuşi încercările şi programarea metodică a acestor modalităţi de prevenire a accidentelor sînt de natură să formeze o imagine de ansamblu asupra posibilităţilor de a preveni căderea sau de a cădea fără a avea efecte dintre cele mai neplăcute.

La aceşti copii, dificultăţile sînt generate de teama de a nu-şi pierde echilibrul şi de dificultatea de a coordona segmentele în raport cu trunchiul, deşi terapeutul îi asigură cele mai potrivite condiţii pentru a evita contactul dur cu solul.

Problematica căderii este strîns legată de capacitatea copilului de a-şi menţine echilibrul, atît în poziţie statică cît, mai ales, în cea dinamică.

Educarea căderilor din mers

A exersa căderea din mers impune o pregătire temeinică în direcţia însuşirii componentelor de bază care să-i permită copilului să lege într-un tot unitar secvenţele pe care le-a repetat de mult timp. În această situaţie, terapeutul sporeşte măsurile de protecţie pornind de la centura de siguranţă care are o prelungire de 1 m, de capătul căreia terapeutul apucă atunci cînd condiţiile o impun, un grup de saltele, genunchire şi apărători pentru coate.

Pe sol sînt plasaţi 1-2 săculeţi cu nisip care conduc la dezechilibrarea copilului. Din mers, copilul calcă pe săculeţii cu nisip, ceea ce îl determină să se dezechilibreze, moment în care flectează genunchiul piciorului care a păşit pe săculeţ, duce braţele înainte flexîndu-le din coate, urmat de contactul coapsei şi al bazinului cu solul, pregătind contactul părţii latero-dorsale a trunchiului. Piciorul liber, opus celui care a determinat dezechilibrarea, este dus în lateral, fiind ridicat de la sol.

Această acţiune globală este secveţionată în trei componente: se exersează flectarea genunchiului şi ducerea braţelor spre înainte şi în lateral, palmele pe sol; se flectează coatele, timp în care coapsa şi bazinul iau contact cu solul; se rulează partea latero-dorsală a trunchiului. Urmează momentul de analiză a poziţiei corpului pe sol, după care se solicită copilului să se ridice în stînd.

Exersarea căderii din mers se execută alternativ pe partea dreaptă, apoi pe partea stîngă, condiţie în care piciorul care calcă pe săculeţul cu nisip va fi piciorul stîng.

Treptat, se reduce numărul de saltele, ajungînd la exersare pe sol, cînd atenţia terapeutului pentru protejarea copilului trebuie să fie din ce în ce mai consistentă.

Apare ca o necesitate ca fiecare componentă a căderii să fie bine pregătită, ceea ce va determina încrederea pe care copilul o dobîndeşte în acţiunile sale şi, ceea ce este cel mai important, va conduce la siguranţa acţiunilor şi la corecta lor desfăşurare.

Coordonarea dinamică generală

Orice act motor are drept finalitate un obiectiv concret, prezentîndu-se în ansamblu ca o succesiune de măsuri, vizînd realizarea într-un mod cît mai eficient a acestui obiectiv (R. Manno, 1993, p. 135).

Actul motor, înainte de a fi realizat în mod efectiv, se bazează pe un proiect iniţial întocmit mental de către subiect, prin care sînt rememorate principalele momente ale structurii actului motric. Urmează angajarea voliţională ca declanşator al efortului fizic şi psihic, ce va finaliza desfăşurarea acţiunii propuse.

Analiza modului în care a fost executat actul motor relevă că între proiectul acţiunii şi realizarea lui practică apar unele diferenţe, determinate de lipsa de experienţă motrică a subiectului, de particularităţile restantului său funcţional şi de natura efortului. Cu timpul, ca urmare a repetării metodice a actului motric propus,

subiectul dobîndește siguranță și precizie în execuție, ceea ce conduce, în final, la automatizarea lui. Repetarea actului motric este condiția ce va asigura armonizarea proiectului cu realizarea lui practică, asigurînd, în final, coordonarea mișcărilor.

Coordonarea, la rîndul ei, asigură condițiile necesare pentru o execuție cît mai exactă a modelului motric conceput, avînd la bază precizia informațiilor provenite de la analizatori, a căror integritate și nivel de pregătire au un rol determinant. Prin coordonare se înțelege combinarea activității unui număr de mușchi în cadrul unei scheme de mișcare continuă, lină, executată în condiții normale (T. Sbenghe, 1987, p. 287).

Educarea sau reeducarea capacității de coordonare a mișcărilor, indiferent de orientarea lor (deprinderi motrice de bază sau aplicative, variabilități motrice automatizate din cadrul activităților sportive) parcurg, după Blume (citat de Manno, 1987, p. 140), următoarele coordonate: capacitatea de armonizare a mișcărilor; capacitatea de organizare și orientare spațio-temporală a mișcărilor; capacitatea de echilibru; capacitatea de reacție motrică; capacitatea de transformare a mișcării; simțul ritmului.

Analiza acestor componente este de natură să pună în valoare modul în care trebuie acționat, pentru a reuși ca procesul de educare sau reeducare psihomotrică să fie orientat în acord cu aceste structuri. În aceste condiții, se asigură posibilitatea ca deprinderile motrice de bază și cele aplicative să atingă parametri operaționali cît mai apropiați de limita normalului, în situația diagnosticării unor tulburări psihomotrice.

După M. Epuran, (1976, p. 96), deprinderile sînt componente ale activității voluntare care, prin exersare, ating un nivel înalt, pe baza indicilor execuției (coordonare, precizie, viteză, ușurință, automatizare). Mecanismul fiziologic al deprinderilor constă în activitatea de ansamblu a scoarței cerebrale, potrivit legilor interacțiunii celor două sisteme de semnalizare, formării reflexelor condiționate complexe și mecanismelor de coordonare ale sistemului nervos central.

Coordonarea dinamică generală are stabilite ca obiective operaționale elemente legate de: formarea și dezvoltarea gesturilor polivalente și polimorfe; formarea și dezvoltarea mișcărilor de bază ale membrelor superioare și inferioare independent și în raport cu corpul; formarea și dezvoltarea mișcărilor subiectului în raport cu partenerii și cu mediul ambiant; formarea și dezvoltarea mișcărilor pentru a finaliza acțiuni complexe, în prealabil demonstrate și executate pe bază de comandă; manevrarea unor obiecte de mărimi și greutăți diferite, cu viteză și forță gradate și progresive; mînuirea obiectelor de joc, cu ușurință, siguranță și eficiență sporită; modificarea voluntară sau la comandă a direcției, amplitudinii, tempoului și ritmului mișcărilor; utilizarea unor scheme de mișcări automatizate pentru elaborarea de noi scheme de mișcare, impuse de evoluția psihomotrică a copilului; dezvoltarea calităților motrice: forță, viteză, rezistență și îndemînare.

Capacitatea de armonizare a mișcărilor

În cadrul procesului de educare și reeducare psihomotrică, un accent deosebit se pune pe stăpînirea de către copil a capacității de organizare și orientare a deprinderilor sale motrice, în acord cu solicitările imediate și de perspectivă, la care poate fi supus. Utilizarea deprinderilor motrice, în cadrul procesului de educare și reeducare, vizează două aspecte: formarea și dezvoltarea deprinderilor motrice la nivelul corespunzător cerut de activitățile cotidiene; dezvoltarea priceperilor de utilizare a

deprinderilor motrice dobîndite în condiţii variate. Dacă primul aspect este legat mai mult de adaptarea copilului la cerinţele activităţilor curente, cel de-al doilea se regăseşte în concretizarea capacităţii de a combina şi adapta mişcările.

Priceperile fac posibilă îndeplinirea acţiunilor, prin faptul că oferă condiţii optime pentru selectarea şi concretizarea acelor procedee care sînt în acord cu circumstanţele în care se desfăşoară acţiunea. În situaţii mai dificile, sub raport motric, este pusă în valoare priceperea de a găsi soluţiile corespunzătoare, prin care corpul să se adapteze cît mai bine la situaţiile complexe.

Creşterea randamentului în activităţile cu caracter psihomotric este legată de formarea şi dezvoltarea deprinderilor motrice, dar şi a priceperilor de a le utiliza în condiţii diferite.

Capacitatea de organizare şi orientare spaţio-temporală

Situarea corpului în spaţiu şi în timp oferă copilului posibilitatea de a aprecia principalele repere, în funcţie de care trebuie să se orienteze în mediul exterior. Actele motrice au ca punct de referinţă stabilirea direcţiei de acţionare, spre care trebuie orientat corpul şi segmentele sale. Copilul trebuie să aprecieze că el este cel care se situează în spaţiu, că toate acţiunile pe care le execută trebuie să fie în acord cu reperele stabilite de către terapeut, în care sens el trebuie să aibă bine stabilite noţiunile de sus-jos, dreapta-stînga, înainte-înapoi. Reperele vor trebui legate şi de corpul său, aflat în permanentă mişcare, precum şi de poziţia pe care acesta o ocupă în spaţiu. Dobîndirea structurii spaţiale de către copil trebuie realizată în etape bine definite, în care acesta trebuie să-şi însuşească denumirile obiectelor cu care intră în relaţie şi să le ordoneze după formă, mărime, greutate şi culoare. În discuţie trebuie inclusă şi orientarea spaţială, copilul trebuind să recunoască ce este orientat în acelaşi sens şi ce este în sens contrar.

Organizarea spaţială este solicitată în sensul dezvoltării capacităţii copilului de combinare de la distanţă a unor acţiuni, de ocupare a unui spaţiu şi de parcurgere a unui traseu

Orientarea temporală este percepută de către copil într-un timp mai lung. Copilul trebuie să-şi dezvolte capacitatea de a înţelege principalele componente temporale, în sensul ordinii în care trebuie să fie executate unele gesturi, ce trebuie făcut pentru început şi cu ce se continuă şi ce reprezintă înainte, acum, după. Un alt aspect pe care trebuie să-l perceapă copilul se referă la durata intervalelor, cu referire la ce durează mult şi ce durează puţin, să facă diferenţe temporale: oră, zi, săptămînă etc.

Capacitatea de diferenţiere chinestezică

Organizarea structurilor motrice depinde de sistemul informaţional care ajunge la creier şi care răspunde prin comenzi, la rîndul lor devenind surse de informare în timpul efectuării actului motric. Informaţiile ce ajung la creier sînt de diferite tipuri: vizuale, auditive, exteroceptive, proprioceptive şi vestibulare, acestea provenind atît din mediul extern, cît şi cel intern. Capacitatea de diferenţiere chinestezică poate fi pusă în evidenţă şi prin analiza modului în care se intercondiţionează tipurile de informaţii: vizuale, auditive, proprioceptive şi exteroceptive.

Informațiile vizuale oferă posibilitatea de a percepe dimensiunile spațiale, în interiorul cărora este organizată și se desfășoară structura motrică. Prin intermediul acestui sistem informațional, copilul percepe noțiunile de: mărime, situație, poziție, mișcare, cantitate (C. Păunescu, 1990, p. 166).

Informația vizuală are un rol hotărîtor în dezvoltarea capacității de anticipare a mișcării obiectelor cu care trebuie să vină în contact sau a celor cărora trebuie să le imprime direcția și traiectoria corespunzătoare, pentru a putea fi prinse de parteneri.

Informațiile auditive dobîndesc o utilitate practică din momentul în care copilul este în situația de a intra în legătură, în primul rînd, cu familia. În condițiile angajării ferme într-un proces de educare sau reeducare, sistemul informațiilor se lărgește, în sensul că toate informațiile pe care le transmite terapeutul sînt de natură să conducă la recepționarea și prelucrarea lor la nivel central, urmate de mobilizarea organismului pentru îndeplinirea actelor motrice indicate de terapeut.

Informațiile proprioceptive oferă relații despre pozițiile pe care diferitele părți ale corpului le au în spațiu, viteza și amplitudinea cu care acesta se deplasează. Întrucît informațiile proprioceptive provin de la mușchi, tendoane, ligamente și capsule articulare, ele oferă posibilitatea de a percepe și constata atitudinea și postura, cît și modalitățile de exprimare gestuală. Reacțiile de echilibru sînt influențate de informațiile proprioceptive utilizate în schemele motorii dinamice.

Evoluția motrică a unui copil parcurge următoarele stadii: compensare posturală; reacțiile de balansare a membrelor; reflexul de pășire; reacții de săltare (a centrului de greutate); reacții de echilibrare/ prevenire a căderilor.

Informațiile exteroceptive sînt valorificate prin intermediul organelor senzoriale, cu precădere al percepțiilor tactile și al gnoziilor, care se regăsesc și în problematica dezvoltării abilităților manuale. Relația cu obiectele depinde de modul în care copilul reușește să intre în posesia lor, să le manevreze cu ușurință și siguranță și să le elibereze cu o motivație logică, precisă și eficientă.

Funcția de echilibru

Aprecierea capacității de menținere a corpului în echilibru poate fi concretizată și prin modalitățile de adaptare la caracteristicile suprafeței de sprijin. Poziționarea pe o suprafață stabilă asigură menținerea echilibrului numai în condițiile în care centrul de greutate este plasat în interiorul poligonului de susținere. În aceste condiții, trunchiul și segmentele se pot mișca liber, în condiții de libertate, putînd adopta orice fel de poziții, cu condiția ca centrul de greutate să fie menținut în interiorul poligonului de susținere. Prin poziționarea corpului pe o suprafață mobilă, situație în care corpul și segmentele sale trebuie să execute mișcări suplimentare, menținerea poziției de echilibru devine dificil de păstrat, deoarece centrul de greutate este frecvent în situația de a ieși din limitele poligonului de susținere.

Capacitatea de reacție motrică

În activitatea de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul utilizează acțiuni care, prin structura lor, solicită copilului răspunsuri la semnale cunoscute. Este forma prin care copilul dobîndește capacitatea de angrenare a corpului la unele semnale pe care le cunoaște. Acest mod de organizare a activității îndeplinește două

funcţii, care impun o anumită poziţie: copilul să reţină un anumit semnal; să se obişnuiască să răspundă cît mai repede şi cît mai corect la un anumit semnal.

Terapeutul instruieşte copilul ca atunci cînd aude un semnal dinainte stabilit, să adopte poziţia ce i-a fost sugerată şi să stea nemişcat, pînă la cel de-al doilea semnal.

Spre exemplu, terapeutul dă semnalul „copac"; copilul; indiferent de acţiunea pe care o execută sau dacă este în repaus, trebuie să se plaseze în poziţia unui copac: stînd cu picioarele apropiate, trunchiul drept, braţele oblic în sus, privirea orientată în sus la palme. Rămîne în această poziţie pînă aude cel de-al doilea semnal „normal". Se pot folosi şi alte semnale, cum ar fi: călăreţ, avion, biciclist etc.

Acest gen de activitate are menirea de a obişnui copilul cu menţinerea unei poziţii imobile, de a păstra atenţia mereu trează şi de a verifica capacitatea de reacţie la semnale cunoscute, precum şi nivelul şi bagajul motric al subiectului, în acel moment.

Metodologia educării deprinderilor motrice

Mersul

Trecerea din clinostatism în ortostatism îl conduce pe copil să dobîndească, în primul rînd, echilibrul, apoi capacitatea de a se mişca în poziţia stînd, ca apoi să efectueze prima deprindere motrică, concretizată sub forma mersului.

Prin mers, organismul este solicitat să angreneze masa musculară, ceea ce contribuie la dezvoltarea acesteia, iar efortul fizic realizat cu această ocazie contribuie la dezvoltarea şi întărirea aparatelor cardio-vascular şi respirator. În funcţie de modalităţile de organizare a procesului de educare şi reeducare, de posibilităţile de corelare cu alte forme ale activităţilor motrice, mersul poate contribui şi la dezvoltarea calităţilor motrice de bază.

Obiectivele procesului de educare şi reeducare psihomotrică, referitoare la formele de deplasare, în ceea ce priveşte mersul, îşi propun: însuşirea unui mers corect sub raport postural; deplasare corectă a segmentelor şi coordonarea lor corespunzătoare în timpul deplasării; manifestarea supleţei şi corectitudinii mişcărilor în timpul deplasării; adaptarea la diferitele forme de mers în cadrul activităţilor desfăşurate în grup; coordonarea mişcărilor proprii cu ale partenerilor; adaptarea respiraţiei la condiţiile în care se desfăşoară deplasarea.

Două condiţii de bază trebuie să fie îndeplinite: capacitatea de a menţine corpul în ortostatism, cu păstrarea echilibrului; să aibă formată engrama de referinţă pentru deplasare. Terapeutul, pornind de la constatarea că aceste condiţii sînt relativ îndeplinite, urmăreşte, în principal, modul în care copilul se deplasează, care sînt dificultăţile pe care le întîmpină în timpul deplasării, după care îşi organizează planul terapeutic pentru a reuşi, în final, să corecteze abaterile de la normal în timp util.

• *Mersul normal*

În condiţiile în care se constată dificultăţi de menţinere a direcţiei de deplasare, sînt plasate două bănci de gimnastică la interval de o lungime de laba piciorului, copilul să se deplaseze între aceste două bănci, pentru a-şi menţine direcţia de înaintare.

În raport cu capacitatea de adaptare se utilizează procedeul de limitare a spaţiului în interiorul căruia se poate deplasa. Se trasează două linii paralele (4-5 m), la un interval de 15-20 cm: se solicită copilului să se deplaseze fără a călca liniile.

În situaţia în care, pe parcursul deplasării, trunchiul prezintă o poziţie incorectă, se pot utiliza următoarele mijloace: cu braţele întinse oblic spre înapoi, apucă un baston încercînd să-l ducă uşor înapoi în sus, umerii proiectaţi spre înapoi, privirea înainte; bastonul este menţinut la spate, plasat pe antebraţele în flexie, palmele pe abdomen; privirea înainte.

Se plasează pe sol, la intervale de un pas, 4-5 mingi medicinale. Se cere copilului să ridice piciorul atunci cînd ajunge în dreptul mingii şi să păşească în mod corect peste minge, fără a o atinge.

În cazul în care se constată dificultăţi de coordonare a braţului cu piciorul opus, se cere copilului să ducă braţul drept în faţă întins, iar braţul stîng spre înapoi întins, apoi să ducă piciorul stîng sprijinit pe toată talpa, spre înainte. Din această poziţie, se duce braţul stîng în faţă, o dată cu deplasarea piciorului drept spre înainte, iar braţul drept spre înapoi.

Se recomandă exersarea deplasării pe perechi. În faţă stă un copil care coordonează corect alternanţa braţelor cu picioarele. Copiii apucă două bastoane de gimnastică. Se execută exerciţii de coordonare, la început descompus, lent. În mod practic, copilul plasat în faţă stăpîneşte coordonarea braţ cu picior opus, fapt ce îl determină pe colegul lui să-şi coordoneze corect paşii.

• *Mers pe vîrfuri*

Se propun următoarele exerciţii: se cere copilului să urce pe treptele unei scări, sprijinindu-se numai pe vîrful picioarelor, ajutîndu-se, la început, şi de sprijinul braţului pe balustradă; se plasează pe sol săculeţe cu nisip, la intervale de un pas; se cere să sprijine piciorul pe săculeţ fără a atinge solul cu călcîiul; se micşorează intervalul dintre săculeţi, pentru a executa paşi mici, pe vîrful picioarelor; deplasarea pe vîrful picioarelor, concomitent cu ducerea braţelor pe lîngă cap în sus, capul în uşoară extensie.

• *Mers cu schimbarea direcţiei de deplasare*

Caracteristica acestor situaţii sînt dificultăţile de înţelegere a acţiunii ce urmează a fi efectuată. Aceste acţiuni sînt efectuate analitic, în sensul că se plasează copilul într-o poziţie pregătitoare, pentru schimbarea direcţiei de mers spre dreapta. Din poziţia stînd duce piciorul stîng în faţă (jumătate de pas) pe vîrful piciorului, răsuceşte trunchiul spre dreapta, pe vîrful ambelor picioare, porneşte spre noua direcţie cu piciorul stîng şi cu braţul drept. După un număr de 3-4 repetări se trece la etapa a doua, cînd se execută acţiunea cu trei paşi, avînd în atenţie că ultimul pas trebuie să fie opus direcţiei de întoarcere.

• *Mers cu trecere peste obstacole*

Aceste exerciţii cresc dificultatea de execuţie şi reclamă o bază materială minimală. Copilul, înainte de a păşi peste obstacol, manifestă o stare de reţinere care este în funcţie de înălţimea obstacolului; această întrerupere este mai mult sau mai

puţin scurtă. Sub raport metodic, se plasează obiectele mai mici la început, pentru ca treptat înălţimea lor să crească. Se are în vedere şi stabilitatea aparatelor sau obiectelor, peste care sau pe care trebuie să păşească.

Deplasările printre şi peste obstacole sînt, pentru început, executate lent. În timpul deplasării terapeutul este alături de copil şi îl îndrumă cum trebuie să execute acţiunea, îl ajută în condiţiile în care manifestă teamă sau reţinere în executarea acţiunii.

• *Mers pe plan înclinat*

Exerciţiile recomandate se remarcă prin diversificarea solicitărilor în planul depăşirii unor dificultăţi de execuţie, rolul principal în aceste situaţii revenind poziţiei trunchiului în raport cu banca.

Se organizează deplasarea pe un plan înclinat, pornind gradat de la modificarea unghiului de înclinare a aparatului. În acest scop este folosită o bancă de gimnastică, care, fiind mai lată, favorizează copilul să se deplaseze cu mai multă uşurinţă. Pe măsură ce înălţimea creşte, se atrage atenţia că trunchiul trebuie să fie uşor înclinat spre înainte. Copilul, încă din etapa cînd banca era la orizontală, trebuie să exerseze întoarcerea la capătul băncii, pentru a reveni la locul de unde a plecat. Pe măsură ce înălţimea creşte, copilul va fi obişnuit să urce şi să coboare singur de pe bancă.

• *Mers în echilibru*

Această formă de deplasare poate fi considerată drept cea mai dificilă nu numai sub aspectul motric, cît, mai ales, psihic. Se întîlnesc următoarele situaţii.

Copilul aplică acelaşi procedeu de deplasare pe care îl utilizează şi în mod obişnuit. Se atrage atenţia că, în echilibru, pe o suprafaţă mai îngustă (banca de gimnastică), pasul trebuie să fie efectuat astfel: cu laba piciorului orientată spre înainte, picioarele păşesc în linie dreaptă unul după altul, şi nu în lateral, pentru a evita dezechilibrarea; contactul cu suprafaţa pe care se deplasează se face cu vîrful piciorului, rulînd în continuare talpa, apoi călcîiul.

Starea de încordare în timpul deplasării se motivează prin teama de înălţime a copiilor cu tulburări psihomotrice. În această situaţie, terapeutul stă alături de copil, plasînd o mînă pe umăr sau pe bazin. Este o modalitate de a înlătura teama. Apoi, prin simpla prezenţă alături de copil, această stare de reţinere dispare treptat.

Slaba capacitate de orientare spaţială conduce la coborîrea privirii, pentru a urmări pe unde păşeşte. Acest incovenient se poate remedia treptat prin mers în echilibru pe două linii paralele, trasate pe sol, la interval de o talpă. Se exersează pînă ce copilul se obişnuieşte cu acţiunea, după care, fără să vadă copilul, terapeutul trasează liniile la jumătate de talpă. În timpul respectării acestor două variante, terapeutul îi cere copilului ca privirea lui să fie îndreptată spre înainte. În acest sens, poate urmări acţiunea privind în oglindă, copilul îşi poate urmări acţiunea privind înainte, şi nu în jos.

În etapa următoare se trasează numai o linie, solicitîndu-se copilului să urmărească atent în oglindă modul în care menţine direcţia de înaintare şi, mai ales, cum rulează laba piciorului pe sol (călcîi, talpă, vîrf).

• *Mers cadenţat*

În evoluţia sa, mersul este solicitat şi în condiţii de ritmicitate, cadenţă, ce trebuie menţinută nemodificată pe anumiţi parametri de spaţiu şi timp. Situaţiile întîlnite la această modalitate de mers privesc adaptarea şi neadaptarea la ritmurile impuse.

În situaţii de neadaptare sau adaptare dificilă la un anumit ritm, terapeutul pregăteşte copilul pentru a înţelege ritmul, aşezîndu-se în faţa sa şi bătînd în masă ritmul, suficient de lent pentru a fi imitat de copil. Se trece la executarea unui ritm, pe care copilul îl execută prin lovirea alternantă a solului cu picioarele. La început se imprimă un ritm lent, iar după 10-12 repetări se trece la un ritm mai rapid, în raport cu posibilităţile copilului. Mers în cadenţă cîte doi copii ţinîndu-se de mîini, cu bătaia mai accentuată pe piciorul stîng, apoi pe piciorul drept.

Alergarea

Desfăşurarea acţiunilor care asigură deplasarea sub formă de alergare normală trebuie să respecte următoarea succesiune: din stînd, se flectează genunchiul unui picior, concomitent cu impulsul realizat de piciorul care a asigurat sprijinul pe sol; în acest timp gamba piciorului de atac, care a fost ridicat cu genunchiul flectat, se extinde, pentru a prelua greutatea în momentul în care atinge solul; piciorul din spate basculează spre înainte, depăşind poziţia piciorului sprijinit pe sol, moment în care acesta execută, în fapt, mişcarea. În acest mod, alternează poziţia de sprijin, bascularea piciorului, momentul de zbor, atingerea solului şi fazele se repetă.

Dacă alergarea nu se desfăşoară în condiţii normale, în cauză fiind deficienţele de „tehnică individuală" ale copilului cu tulburări psihomotrice, situaţiile întîlnite se clasifică după cum urmează:

– poziţia incorectă a corpului. Din stînd, copilul înclină prea mult corpul înainte, astfel că, atunci cînd ridică piciorul de atac, flectează piciorul de sprijin şi pierde posibilitatea de a realiza împingerea în picior. În această situaţie, terapeutul se plasează în lateral cu un braţ plasat pe pieptul copilului, cu celălalt sprijină coapsa care se flectează. Îi cere copilului să flecteze uşor piciorul de sprijin, iar la comanda „şi" să împingă în piciorul de sprijin şi să întindă piciorul flectat şi să-l aşeze pe sol. Se repetă acţiunea şi cu cealaltă parte a corpului. Chiar dacă acţiunea are un caracter static, copilul înţelege treptat ce urmează să execute;
– deficienţa în realizarea fazei de zbor reprezintă etapa a doua de lucru, cînd terapeutul se plasează în faţa copilului şi îl prinde de mîini. În această etapă terapeutul îl obligă pe copil să-şi menţină cît mai corectă poziţia trunchiului, dar îl conduce în exersarea individuală a mişcărilor executate de picioare. În acest context, îl trage uşor de braţe pentru a-l determina să repete acţiunea, prin alternarea paşilor de alergare şi marcarea fazei de zbor;
– coordonarea necorespunzătoare a braţelor. Corectarea acestei deficienţe plasează terapeutul în partea din spate a copilului; cu palmele cuprinde mijlocul. Se cere copilului să execute alergarea pe loc, cu accent deosebit pe faza de zbor, motiv pentru care, în timpul sprijinului pe piciorul de sprijin, terapeutul îl ajută ca desprinderea să fie mai înaltă. Se cere copilului ca să alterneze mişcarea picioarelor cu cea a braţelor. Se repetă acţiunea pe loc, pînă ce copilul deprinde cît mai corect coordonarea braţelor cu cea a picioarelor de partea opusă;

– alergarea cu balans lateral al trunchiului. Această „deplasare” a trunchiului rezidă în așezarea greșită a labei piciorului la contactul cu solul, în sensul că vîrful este așezat pe sol mult în afara direcției de înaintare sau spre interior, condiții în care direcționarea mișcării pentru faza de zbor se face spre exterior. Dacă această mișcare nu asigură poziția centrului de greutate în interiorul poligonului de susținere, copilul se poate dezechilibra.

Cel de-al doilea aspect ce poate fi întîlnit în momentul în care copilul își schimbă direcția îl reprezintă dezechilibrarea determinată de lipsa coordonării dintre brațe și picioare. În aceste condiții, brațele au un rol foarte important în menținerea echilibrului întregului corp, prin micșorarea sau creșterea balansului liber al brațului de partea opusă direcției noi de alergare. Brațul de partea noii direcții execută un balans mai mic, unghiul de flexie a antebrațului pe braț este micșorat, în timp ce brațul opus este mărit.

Alergare cu ocolirea unor obstacole

În situația ocolirii unor obstacole, datorită înclinării laterale a corpului, copilul pășește pe partea externă sau internă a labei piciorului. Alergarea se desfășoară corect atunci cînd contactul cu solul este menținut spre vîrful piciorului. Pășind pe partea externă, forța de împingere în laba piciorului este diminuată, iar asigurarea direcționării corpului este mai redusă, deoarece și contactul cu solul este realizat pe o suprafață de contact mai mică. Corect este ca vîrful piciorului să fie orientat pe noua direcție de alergare.

În timpul alergării, copilul trebuie obișnuit să inspire pe nas și să expire pe gură, în cadența pașilor.

Săriturile

Săriturile sînt deprinderi motrice ce necesită o atenție deosebită din partea terapeutului, întrucît copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice manifestă reținere la pierderea contactului cu solul. Trebuie specificat faptul că, după ce reușește să învingă această reținere, el va manifesta mai multă plăcere de a se juca, motiv pentru care săritura devine o acțiune des utilizată.

Însușirea deprinderii de a sări impune să se acorde o atenție deosebită dezvoltării mobilității și forței de împingere de la nivelul gleznelor, dar și a celorlaltor articulații de la nivelul membrelor inferioare.

Luînd în discuție treptele metodice de educare a săriturilor, desfășurarea acestui proces de formare a deprinderii de a sări îl determină pe terapeut să-și orienteze atenția asupra componentelor de bază ale acestei deprinderi, care beneficiază de o gamă largă de exerciții pregătitoare.

Din stînd cu picioarele ușor depărtate, ducerea brațelor spre înapoi, concomitent cu flectarea genunchilor, legănarea brațelor dinapoi spre înainte și în sus, o dată cu întinderea genunchilor și împingere în vîrful picioarelor. Corpul, datorită acestui elan, se va deplasa spre în sus. Aterizarea se execută pe vîrful picioarelor, concomitent cu o ușoară flectare a genunchilor.

Săritura din ghemuit. Pornind de la această poziție de stînd ghemuit pe vîrful picioarelor, palmele pe sol; copilul împinge în vîrful picioarelor, o dată cu întinderea

genunchilor şi ducerea braţelor prin înainte în sus. Aterizarea se execută pe vîrful picioarelor, flectarea genunchilor şi a trunchiului, plasarea palmelor pe sol.

Dacă în executarea săriturilor pe loc, copilul nu armonizează corect fazele care conduc la o eficienţă corespunzătoare a acţiunii, la origine se regăsesc următoarele cauze: lipsa de coordonare între balansul braţelor spre înainte şi extensia membrelor inferioare; aterizare pe toată talpa sau pe călcîi cu picioarele întinse; încercare de a executa săritura numai prin împingere în vîrful picioarelor şi prin balansarea trunchiului spre înainte, fără a asocia şi forţa de împingere a coapselor.

Corectarea acestor abateri se realizează prin dirijarea de către terapeut a primelor încercări de executare a săriturii de pe loc. Practic, copilul, în poziţie stînd, cu picioarele uşor flectate şi cu palmele pe şold; terapeutul, plasat în spatele copilului, îl cuprinde pe sub axile, cu policele pe omoplat şi degetele II-V pe muşchii pectorali. Acţiunea parcurge următoarele faze: după ce copilul a flectat genunchii, i se solicită să îi întindă lent, pînă ajunge să se ridice pe vîrful picioarelor. Se repetă acţiunea, dar execuţia să fie mai rapidă şi cu împingerea puternică în picioare, moment în care terapeutul susţine desprinderea de pe sol. La revenire, îl susţine pentru a amortiza contactul cu solul, iar aterizarea să se facă pe vîrful picioarelor şi cu flectarea genunchilor. În acest mod, copilul îşi formează o reprezentare corticală corectă despre fazele unei sărituri: elanul, bătaia, zborul şi aterizarea.

Treptat, ajutorul este din ce în ce mai puţin consistent, pentru a obişnui copilul să execute săritura de pe loc cu forţe proprii.

Această intervenţie a terapeutului este motivată de faptul că, dobîndind capacitatea de a stăpîni fazele unei sărituri, fie ea şi de pe loc, aceasta conduce la înţelegerea şi la posibilitatea de a trece la executarea săriturilor cu elan.

• *Săritură în adîncime*

Realizarea acestui model de mişcare constituie cel mai bun mijloc de obişnuire a copilului cu zborul şi aterizarea. Învăţarea săriturii în adîncime parcurge următoarele trepte metodice:

– stînd pe o suprafaţă ridicată de la sol (30-40 cm) cu genunchii flectaţi, braţele întinse în faţă sînt plasate în mîinile terapeutului. Se cere copilului să împingă în picioare, pentru a se deplasa în sus şi înainte. Terapeutul îi dirijează direcţia săriturii, dar şi aterizarea. În acest mod, dispare teama de gol pe care o au, de regulă, copiii. După un număr de repetări, atunci cînd copilul execută corect aterizarea, sprijinul este acordat doar cu o mînă, ca apoi să fie lăsat liber să sară;
– stînd, cu genunchii în uşoară flexie, braţele întinse înainte, trunchiul uşor aplecat în faţă. Se duc braţele pe lîngă corp la spate, concomitent cu o uşoară îndoire a genunchilor. Se repetă acţiunea de legănare a braţelor şi de îndoire uşoară a genunchilor de 2-3 ori, după care, prin ducerea braţelor înainte şi în sus, concomitent cu împingerea puternică pe vîrfuri, copilul execută zborul, urmat de aterizarea care trebuie să fie elastică la momentul contactului cu solul, efectuat cu vîrful picioarelor şi urmat de flectarea genunchilor, cu trunchiul uşor aplecat înainte şi cu palmele aplicate pe sol.

Atenţia terapeutului trebuie să fie îndreptată şi spre însuşirea corectă a componentelor săriturilor de pe loc, întrucît acestea stau la baza învăţării şi realizării săriturilor, cum ar fi cele în lungime şi înălţime cu elan.

• Săritură cu coarda

Este o formă a săriturii de pe loc, în care acţiunea, care determină desprinderea, este reprezentată de coardă. Copilul cu tulburări psihomotrice reuşeşte mai greu să coordoneze mişcarea braţelor cu cea a picioarelor, motiv pentru care această formă de săritură pe loc este inclusă în programul de lucru numai după ce stăpîneşte principalele forme ale acestui model de săritură.

Treptele metodice în însuşirea săriturii cu coarda cuprind: din poziţia stînd, sărituri de pe loc, cu ambele picioare, timp în care imită rotarea corzii în jurul corpului, cu coatele lipite de trunchi, antebraţele flectate şi duse oblic înainte şi degetele flectate, imitînd apucarea corzii. Săritura este executată pe vîrful ambelor picioare.

După ce copilul se obişnuieşte cu acest mod de a sări peste coardă, se trece la etapa următoare, cînd rotarea corzii este preluată de către copil. Şi în această situaţie, pot apărea dificultăţi de coordonare, ce se concretizează prin lipsa de coordonare între rotarea corzii şi săritură, desprinderea nesimultană a ambelor picioare de pe sol, precum şi dificultăţi de rotare a corzii.

Prin repetare, copilul dobîndeşte posibilitatea de a executa corect săritura cu coarda, ceea ce contribuie la lărgirea bagajului său motric.

• Săritură în lungime de pe loc

Stînd, corpul uşor aplecat în faţă, braţele duse înapoi oblic în jos, genunchii mult flectaţi şi privirea orientată spre înainte.

Acţiunea: balansarea braţelor spre înainte, o dată cu împingerea în picioare, corpul descrie o traiectorie de înălţare, apoi de coborîre spre locul de aterizare, unde contactul cu solul este luat cu ambele picioare cu genunchii în flexie.

Săriturile de pe loc pot avea şi caracter repetitiv. Din poziţia stînd, copilul execută o săritură de pe loc, aterizarea este elastică, cu genunchii flectaţi şi cu palmele pe sol; la comanda terapeutului „şi", copilul repetă săritura. Se urmăreşte ca aterizarea să fie corectă, pentru a putea să repete 3-4 asemenea sărituri de pe loc sau de pe banca de gimnastică. Primele încercări sînt executate de la 30 cm de bancă, iar aterizarea se face pe bancă, avînd ca obiectiv să-şi menţină echilibrul. Treptat, desprinderea se va face tot mai departe de bancă. Realizarea acestui prim set de cerinţe permite trecerea la următoarea etapă, cînd zborul este mai înalt şi mai lung, copilul executînd săritura de pe loc cu trecere peste bancă.

În timpul efectuării săriturii pe loc, pot fi observate şi unele abateri, cum ar fi: elanul şi desprinderea executate cu amplitudine redusă; fază de zbor mai scurtă, întrucît legănarea braţelor şi împingerea în picioare n-au avut suficientă amplitudine şi forţă; aterizare pe toată talpa în doi timpi, contactul cu solul nu este simultan.

• Săritură în lungime cu elan

În cadrul acestui procedeu de săritură, cea mai mare importanţă o are elanul. Armonizarea celor patru faze – elan, bătaie, zbor şi aterizare – se remarcă printr-o înlănţuire de faze, însuşite în mod separat, înlănţuire ce trebuie să se finalizeze printr-o săritură în lungime cu elan.

Metodologia legării acestor faze impune trecerea de la mers din ce în ce mai rapid la bătaia pe un picior, urmată de faza de zbor, în care trebuie să flecteze picioarele, iar aterizarea să fie elastică şi cu genunchii cît mai flectaţi.

În etapa următoare, se trece la alergare, bătaie puternică pe un picior, urmată de zbor, care trebuie să fie mai înalt şi cu genunchii flectaţi, iar aterizarea pe ambele picioare cu genunchii în flexie, pentru a amortiza şocul aterizării.

Se impune precizarea că locul de bătaie nu trebuie marcat, săritura efectuîndu-se acolo unde copilul consideră că a ajuns cu piciorul mai puternic, pentru a executa bătaia.

Realizarea acestui obiectiv impune o pregătire minuţioasă, orientată pe pregătirea elanului şi desprinderii de la sol. În acest sens, sistemul de mijloace este structurat şi orientat pentru mobilizarea şi antrenarea labei piciorului, pentru executarea mişcărilor de flexie dorsală şi plantară. Această succesiune de mişcări este executată din poziţia aşezat cu gambele în atîrnat.

Din stînd, se execută săritura pe loc. Se urmăreşte modul în care copilul se desprinde şi aterizează pe vîrful picioarelor, modul în care asociază şi braţele în realizarea elanului.

Se trece apoi la executarea săriturii pe un singur picior. Atenţia este orientată asupra posibilităţii de a se desprinde de pe sol, asupra modului în care foloseşte elanul executat de braţe, dar şi a posibilităţilor de implicare a piciorului liber în acest gen de mişcare.

• *Săritură în înăţime de pe loc şi cu elan*

Utilizarea acestor exerciţii a fost pregătită prin însuşirea celorlalte forme de săritură, în care accentul a fost pus pe principalele faze care conduc la dobîndirea posibilităţilor de a executa elanul, de a se desprinde de la sol, de a executa corect zborul şi de a ateriza elastic.

Elementele care diferenţiază săritura în înălţime de celelalte tipuri de sărituri constau în faptul că zborul trebuie să fie orientat spre verticală, încît centrul de greutate să fie cît mai apropiat de obiectul care marchează înălţimea (frînghie, baston, cordon colorat).

• *Săritura în înălţime de pe loc*

Din stînd în faţa obstacolului cu picioarele apropiate, se flectează mult genunchii, concomitent cu balansarea spre înapoi a braţelor. Prin împingere în ambele picioare, susţinută de balansarea spre înainte şi în sus a braţelor, corpul se desprinde de pe sol şi se înalţă pe verticală şi în faţă, timp în care genunchii sînt duşi spre piept. Aterizarea este elastică, realizată pe vîrful picioarelor, cu picioarele apropiate.

La primele încercări, de obicei, copilul întîmpină unele dificultăţi, întrucît desprinderea nu este corespunzătoare sub raportul forţei de împingere, ceea ce conduce la executarea unei sărituri mai joase, sau, în faza de zbor, copilul nu reuşeşte să flecteze suficient de mult genunchii, astfel că la aterizare ajunge cu picioarele întinse, ceea ce conduce la o aterizare dură, pe toată talpa, cu riscul de a se dezechilibra şi cădea în faţă.

Aruncarea şi prinderea

În procesul de educare sau reeducare funcţională, abilităţilor manuale li se acordă o atenţie deosebită, întrucît mîna îndeplineşte trei funcţii importante: informare (sensibilitate), execuţie (motorie) şi exprimare (comunicare).

Aceste funcţii impun ca individul (copil sau adult) să dobîndească abilităţile necesare, care să-i permită să se exprime cît mai corect şi eficient prin intermediul mîinilor sale. Copilul cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice nu manifestă o suficientă abilitate de manevrare a obiectelor, consecinţă firească a dereglării capacităţii de coordonare şi de orientare a atenţiei asupra acţiunilor.

Prinderea obiectelor şi aruncarea lor se bazează, în principal, pe coordonarea mişcării braţelor şi picioarelor, cît şi pe concentrarea atenţiei asupra obiectelor care se deplează de la şi spre copil. Contactul cu obiectul impune ca braţele să amortizeze şocul prin flectarea lor şi apropiere de corp, în timp ce palmele se închid pentru a reţine obiectul.

Pornind de la obiectivul principal, formarea şi dezvoltarea abilităţii de prindere şi aruncare, este necesară stabilirea treptelor metodice care conduc la educarea acestei deprinderi motrice, pornind de la precizarea tipurilor de prindere şi aruncare şi continuînd cu relaţiile posibile dintre diferitele tipuri de prindere şi aruncare, fiecare cu o metodologie proprie de prindere şi aruncare.

Tipurile de prindere şi aruncare

Formarea şi dezvoltarea abilităţilor de prindere şi aruncare trebuie să parcurgă etape bine precizate şi o metodologie de lucru corect orientată, pornind de la cele mai simple forme de organizare a mişcărilor, pentru a ajunge, treptat, la acele tipuri de mişcări complexe, care să ateste deprinderea de prindere şi de aruncare.

Pregătirea copilului pentru acţiunea de prindere se realizează, la început, solicitîndu-i să oprească din rostogolire o minge medicinală. Din poziţia aşezat, cu picioarele în abducţie, copilul trebuie să oprească mingea, pe care terapeutul a rostogolit-o spre el, acţiunea fiind urmată de împingerea mingii, cu ambele mîini, spre terapeut. Prin repetare, copilul dobîndeşte capacitatea de a opri şi retrimite mingea cu ambele mîini, apoi cu o singură mînă.

Se schimbă poziţia de lucru, trecîndu-se la cea de ghemuit, care oferă condiţii ca mingea să fie oprită cu ambele mîini, orientate în supinaţie. Este momentul ca mingea să fie oprită şi ridicată de pe sol cu ambele mîini, iar retransmiterea să se execute tot cu ambele mîini.

Din poziţia stînd, se trece la o nouă etapă, prin care mingea (de dimensiuni mai mici) este rostogolită cu o singură mînă spre un perete sau un panou. Se urmăreşte, în principal, creşterea distanţei pînă la care trebuie să ajungă mingea rostogolită. În aceste condiţii, se verifică capacitatea copilului de dezvoltare a forţei musculare, a preciziei şi siguranţei în lansare a obiectului spre un anumit punct.

Următoarea etapă este consacrată lansării mingii de la nivelul pieptului, condiţie în care poziţia braţelor se schimbă atît la primire, cît şi la lansare. Pentru prinderea mingii, copilul, din stînd cu braţele întinse în faţă, palmele în pronaţie, cu policele celor două mîini apropiate, degetele II-V în uşoară flexie şi abducţie, faţa palmară orientată spre direcţia de unde vine mingea. La contactul cu mingea, degetele II-V se mulează pe obiect pentru a-l reţine, timp în care braţele se flectează pînă aproape de piept, pentru a amortiza şocul.

Lansarea mingii cu ambele mîini întinse deasupra capului, prinderea în dreptul pieptului cu ambele mîini. După ce a prins mingea la nivelul pieptului, copilul întinde

braţele în sus, deasupra capului ţinînd mingea în mîini. Poziţia picioarelor se schimbă, în sensul că un picior este plasat cu jumătate de pas în faţa celuilalt. În momentul în care se pregăteşte pentru lansare, duce braţele întinse în sus deasupra capului spre înapoi, cu trunchiul în uşoară extensie. Prin îndreptarea trunchiului şi proiectarea braţelor spre înainte, mingea dobîndeşte viteza necesară pentru a parcurge traiectoria stabilită. Se recomandă ca acest procedeu să fie executat fără partener, întrucît copilul nu are un control suficient, care să-i permită executarea unei aruncări precise.

Aruncarea şi prinderea cu o mînă, cu partener

În această etapă, terapeutul îndreaptă atenţia copilului spre acţiunea de aruncare şi prindere avînd un partener. Este o modalitate destul de dificilă, dar o bună organizare, utilizarea unor procedee de lucru adaptate particularităţilor celor doi parteneri conduc, în timp, la reuşita iniţiativei.

Din stînd faţă în faţă la interval de un metru, copiii îşi oferă mingea de oină de la nivelul şoldului, iar prinderea se realizează la acelaşi nivel. Este momentul în care copiii se cunosc şi se adaptează la acest gen de mişcare. Treptat, se poate trece la aruncarea de la nivelul umărului, iar prinderea să se facă din faţă, la nivelul abdomenului, cu ambele mîini.

În etapa următoare, intervalul dintre copii poate ajunge la 2-3-4 metri, iar aruncarea se execută cu braţul întins în sus, fiind tot un gen de lansare, iar prinderea se execută la început cu ambele mîini, ca mai apoi să se exerseze prinderea cu o singură mînă, mai ales că cel care aruncă mingea a dobîndit abilitatea de a arunca mai corect, în sensul că reuşeşte să o direcţioneze spre partener.

Trebuie precizat şi faptul că aruncările şi prinderile sînt executate alternativ, iar pe măsură ce copii dobîndesc abilitatea de a arunca şi prinde, intervalul dintre parteneri se măreşte.

Corelarea diferitelor tipuri de prindere şi aruncare

Pentru copilul cu tulburări psihomotrice, faptul că este în situaţia de a intra în posesia unui obiect care vine spre el şi pe care trebuie să-l reţină îl pune într-o situaţie dificilă, din pricina coordonării precare a mîinilor sale. Exersarea diferitelor tipuri de prindere, ordonate într-o succesiune metodică, va fi în măsură să asigure, treptat, şi adaptarea la situaţiile în care este pus, de a opri un obiect care se rostogoleşte spre el, de a-l ridica şi lansa într-o anumită direcţie, de a realiza aceeaşi acţiune, dar să modifice treptat poziţia de lucru, de la aşezat, să ajungă treptat pînă la stînd, de la acţiunea cu ambele mîini la cea cu o singură mînă; de a acţiona din stînd şi să ajungă să execute, în final, acţiunea din mers, apoi şi din alergare.

Însuşirea acestor elemente asigură copilului abilitatea necesară pentru a trece la însuşirea deprinderii cu un grad de dificultate mai ridicat.

Analiza cauzelor generatoare de greşeli trebuie făcută diferenţiat, pe fiecare din tipurile de prindere şi aruncare, deşi formele lor de manifestare sînt, în general, aceleaşi.

Pentru prindere, greşelile sînt axate pe următoarele aspecte: palmele sînt prea depărtate, în momentul cînd trebuie să ia contact cu obiectul, prinderea nu mai poate fi realizată; braţele sînt rigide la contactul cu obiectul, ceea ce conduce la dificultăţi de amortizare şi la apariţia posibilităţii de a scăpa obiectul din mînă; deşi contactul cu

mingea este relativ bun, amortizează şocul, dar nu are capacitatea de a apropia degetele pentru a închide „căuşul"; trunchiul se află într-o poziţie incorectă, în sensul că îl menţine răsucit, fapt ce determină ca palmele să nu fie situate pe acelaşi plan; mingea trece pe lîngă copil; plasează greşit centrul de greutate (pe călcîi şi cu bazinul mult în spate), ceea ce conduce la pierderea echilibrului în momentul contactului cu mingea; poziţia incorectă a braţelor, care nu sînt plasate pe acelaşi plan, iar degetele sînt întinse, neglijînd astfel „căuşul"; braţele sînt întinse la limita lor maximă, ceea ce determină ca la contactul cu mingea, aceasta să ricoşeze, deoarece copilul nu are încă formată deprinderea de a amortiza şocul.

Pentru aruncare, greşelile sînt axate pe următoarele aspecte: corpul este într-o stare de încordare, ceea ce conduce la o dirijare necorespunzătoare a braţului, iar aruncarea este lipsită de forţa de împingere, segmentul de contracţie fiind mai scurt; în momentul lansării obiectului, copilul uită să-l elibereze, menţinînd degetele încleştate, deşi mişcarea în ansamblu a fost corespunzătoare;lansarea obiectului este însoţită de aplecarea trunchiului prea mult spre înainte, ceea ce conduce la pierderea echilibrului; execută aruncarea numai prin mişcarea braţului, fără angrenarea corpului, rezultatul fiind o aruncare scurtă; la aruncarea cu o singură mînă, copilul eliberează obiectul înainte de a termina elanul, rezultatul fiind mai degrabă o cădere a obiectului, decît o aruncare; în timpul elanului executat de braţ, deşi picioarele sînt corect plasate, acţiunea este executată simultan de braţ şi de piciorul din spate, care se opreşte pe acelaşi plan cu celălalt picior. Consecinţa acestor greşeli este dezechilibrarea corpului şi proiectarea sa în faţă.

Metodologia reeducării deprinderii de prindere şi aruncare

Activitatea metodică a terapeutului poate fi pusă în valoare şi prin modul în care organizează şi desfăşoară procesul de reeducare şi pe planul deprinderii de prindere şi aruncare.

Selecţionînd sistemul de mijloace prin care se va acţiona, terapeutul trebuie să aibă în vedere: diagnosticul etiologic şi elemente de diagnostic diferenţial; particularităţile de vîrstă ale copilului; experienţa motrică acumulată pînă în acel moment.

Pornind de la testarea psihomotrică, ce pune în evidenţă tulburările sau dificultăţile pe care le prezintă copilul, terapeutul îşi stabileşte modalităţile de acţionare, orientîndu-şi atenţia, pe lîngă sistemul de mijloace, şi asupra modului în care, pe plan metodic, poate interveni pentru a asigura însuşirea cît mai rapidă a beneficiilor psihomotrice scontate. Prezentarea metodologică a acestui obiectiv, de ameliorare a deprinderii de prindere şi aruncare, este structurată pe poziţiile fundamentale din care este practicată (aşezat şi stînd).

• *Din poziţia aşezat*

Pentru a promova o bună manevrare a obiectelor, i se oferă copilului o minge elastică (de tenis de cîmp), sfătuindu-l să se joace cu ea: să plimbe mingea dintr-o mînă în alta, timp în care o strînge cu vîrful degetelor, apoi să o elibereze şi să o treacă în cealaltă mînă, pentru a executa aceeaşi acţiune; cu palmele deschise, menţine între palme, prin presiune, mingea în podul palmelor, apoi plimbă mingea prin rulare de la baza palmei spre vîrful degetelor şi înapoi, prin mişcarea de sus în jos a mingii; o mînă

în supinaţie în formă de căuş, iar cealaltă în pronaţie, ţine mingea deasupra mîinii în formă de căuş; se cere copilului să elibereze mingea, ce trebuie să cadă în căuşul celeilalte mîini; se schimbă poziţia mîinilor; se repetă acţiunea cu cerinţa ca distanţa dintre mîini să crească treptat, pe măsură ce siguranţa de prindere şi aruncare s-a ameliorat; mîinile în formă de căuş, mingea este ţinută într-o mînă; se cere să treacă mingea dintr-o mînă în alta prin uşoară săltare a mingii (cu uşoară boltă); treptat distanţa dintre mîini creşte, urmărindu-se evitarea greşelilor.

• *Din poziţia stînd cu picioarele în abducţie (depărtate)*

Mingea este ţinută într-o mînă; se cere copilului să dea drumul la minge pentru a cădea pe sol cînd mingea ricoşează; să fie prinsă de cealaltă mînă; acţiunea se repetă.

Din poziţia stînd pe genunchi, se repetă toate exerciţiile pe care copilul le-a executat din poziţia aşezat.

Din poziţia stînd exerciţiile dobîndesc o mai mare diversitate şi libertate de acţiune, concretizate prin următoarele exerciţii: aruncare şi prindere din diferite poziţii; aruncare şi prindere cu ambele mîini şi cu o singură mînă; aruncarea mingii pe verticală şi prinderea ei după executarea unei genuflexiuni sau a unor mişcări ale braţelor (bate din palme, imită zborul păsărilor etc.); aruncare pe verticală cu mîna dreaptă, prinderea cu mîna stîngă; aruncarea în perete şi prinderea ei, cu creşterea treptată a distanţei la care se aruncă.

Aceste mijloace pregătitoare au rolul de a-l face pe copil să înţeleagă şi să-şi perfecţioneze mecanismele care conduc la obişnuirea abilităţii de prindere şi aruncare, fapt ce uşurează mult procesul de reeducare, contribuind la formarea şi fixarea engramelor motorii de prindere şi aruncare a obiectelor.

Atenţia trebuie orientată şi asupra altor deprinderi de mare importanţă:

– trecerea treptată la utilizarea diferitelor greutăţi şi mărimi: mic, mare, uşor greu, dur, elastic;
– să fie utilizate obiecte de diferite forme şi culori diferite;
– să se urmărească permanent ca prinderea şi aruncarea să fie executate alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu stînga;
– aruncările şi prinderile să fie executate din diferite poziţii.

Efectele pozitive ale procesului de reeducare, atunci cînd ele există, sînt puse în evidenţă prin uşurinţa şi corectitudinea în efectuarea gestului motric, eleganţa mişcării, rapiditatea cu care alternează fazele mişcărilor ciclice, dar cea mai importantă este eficienţa gestului motric solicitat.

Tîrîrea

Este deprinderea în care coordonarea dintre braţe şi picioare se constituie în formă de bază pentru realizarea deplasării. Utilizarea acestei deprinderi este motivată de faptul că influenţează pozitiv întărirea musculaturii de la nivelul braţelor, picioarelor şi a trunchiului.

Obişnuirea copilului cu mişcarea coordonată a braţelor şi a picioarelor, pe timpul mersului, indiferent de vîrsta pe care o are, apelează la asemănarea deplasării omului cu cea întîlnită la unele animale, pornind cu mersul pisicii şi şopîrlii şi terminînd cu o mare varietate a formelor de tîrîre.

• *Mersul pisicii*

Pentru a imita „mersul pisicii", copilul are două posibilităţi: din stînd pe genunchi sau din decubit ventral:

– din stînd pe genunchi, cu bazinul pe călcîie, aşază palmele pe sol în faţa genunchilor, cu corpul uşor aplecat înainte. Se ridică bazinul de pe călcîi, repartizînd greutatea în mod egal pe picioare şi pe palme, trunchiul la orizontală, capul uşor ridicat, privirea înainte;
– din decubit ventral, picioarele apropiate, palmele pe sol plasate în dreptul umerilor, coatele flectate. Prin împingere în braţe (extensia lor) trunchiul este ridicat, concomitent bazinul se ridică pînă ce coapsele ajung pe verticală, iar sprijinul este pe genunchi şi pe palme. Copilul, ajuns în aceste poziţii, execută deplasarea braţ şi picior opus.

În timpul exersării acestor forme de deplasare, terapeutul urmăreşte modul în care copilul plasează palma pe sol; dacă degetele sînt orientate spre direcţia de înaintare, plasate în uşoară abducţie; spatele este menţinut la orizontală. Unii copii au tendinţa de a ridica spatele sau de a lăsa abdomenul în jos, iar privirea trebuie să fie orientată spre înainte, ceea ce impune menţinerea capului ridicat.

• *Mersul şopîrlei*

Utilizează aceeaşi poziţie de plecare ca şi la „mersului pisicii", în sensul că stă pe genunchi cu bazinul aşezat pe călcîie. Din această poziţie, are două posibilităţi de a se deplasa, recurgînd fie la sistemul braţ şi picior opus, fie la braţul şi piciorul de aceeaşi parte.

Se urmăreşte ca prima variantă să fie repetată mai mult timp, pentru a obişnui copilul cu coordonarea încrucişată dintre braţe şi picioare. Deplasarea din această poziţie se face, cu bazinul mai ridicat decît umerii, condiţie în care capul trebuie să fie menţinut în extensie pentru a putea privi înainte; „paşii" trebuie să fie mai scurţi, pentru a putea menţine poziţia trunchiului cu bazinul mai ridicat decît nivelul umerilor; atenţie asupra respiraţiei; pentru a-şi putea menţine suflul, copilul poate imita pisica, poate cînta.

• *Tîrîrea din decubit ventral*

Se realizează din decubit ventral cu genunchiul stîng în flexie şi cu braţul drept întins, în timp ce braţul stîng este flectat, palma pe sol, în dreptul umărului.

Acţiunea constă din împingerea cu piciorul stîng şi tracţiune cu braţul drept, pînă cînd ajung în dreptul umărului; în acest moment, copilul flectează piciorul drept şi întinde spre înainte braţul stîng, pe care îl plasează cu palma pe sol. Aceeaşi succesiune motrică se repetă cu alternarea braţelor şi picioarelor de partea opusă.

Atenţie: efectuarea acestui procedeu poate ridica probleme pentru copilul cu tulburări de psihomotricitate, care, în timpul înaintării, ridică mult bazinul de pe sol şi întoarce capul spre partea opusă braţului plasat în faţă sau priveşte în jos, situaţie în care ridică toracele, pentru a menţine capul în această poziţie. Tracţiunea în braţe este, în general, corectă, dar împingerea în piciorul flectat nu este eficientă, întrucît fie îl plasează pe vîrful piciorului, fie depărtează genunchiul de pe sol, nemaiavînd aderenţă cu solul.

– decubit ventral, braţele întinse înainte, palmele pe sol, tragerea corpului spre înainte prin îndoirea coatelor în lateral şi împingere în vîrful picioarelor;
– decubit dorsal, genunchii flectaţi, tălpile pe sol, palmele pe sol în dreptul bazinului, împingere simultană a picioarelor şi braţelor pentru tîrîre pe spate spre înapoi.

Atenţia terapeutului este orientată asupra evitării unor greşeli ce pot fi efectuate de copil, ca de exemplu: ridicarea şezutei în timpul împingerii în picior; lipsa unei simultaneităţi în timpul împingerii în picior şi tracţiunii cu braţul; în timpul acţiunii de împingere copilul ridică capul pentru a privi înainte, ceea ce are drept consecinţă ridicarea bazinului, scurtînd cursa braţelor şi picioarelor.

Căţărarea

Este considerată ca o deprindere care oferă copilului posibilitatea de a se urca pe unele aparate sau dispozitive, cum ar fi scara fixă, lada, banca de gimnastică plasată oblic etc. Acest tip de activitate îl atrage pe copil, deoarece el doreşte să ajungă mare şi să demonstreze că este capabil să execute acest exerciţiu. Atenţia terapeutului trebuie să fie orientată asupra asigurării siguranţei în acţiunea de căţărare.

În funcţie de condiţiile pe care terapeutul le are la dispoziţie, atunci cînd organizează procesul de educare sau reeducare psihomotrică, mijloacele minime prin care poate să acţioneze sînt: banca de gimnastică, scara fixă, scara de frînghie (marinărească), frînghia verticală sau prăjina.

Este de majoră importanţă ca terapeutul să pornească la acţiune, avînd în vedere faptul că acest copil, cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, are faţă de acţiunile în care pierde contactul cu solul o rezervă, nesiguranţă, putînd ajunge pînă la blocare.

Căţărarea pe scara fixă oferă terapeutului posibilitatea de a organiza acţiuni prin intermediul cărora copilul să-şi învingă frica faţă de senzaţia de gol. În acest sens, îi cere copilului ca în timpul căţărării pe scara fixă să privească în jos şi să verbalizeze mişcările pe care le execută terapeutul.

Ca modalitate de stimulare a posibilităţii de a se căţăra cît mai sus, i se cere copilului să se caţere pînă ajunge la înălţimea tatălui său: „Vrei să fii mai înalt decît tatăl tău? Să văd cît de înalt vrei să fii. Vrei să culegi fructe din pom? Să văd cît de înalt este mărul, părul sau caisul din care vei culege fructe!"

După ce copilul a dobîndit capacitatea de a se căţăra şi şi-a învins teama de înălţime, se trece la etapa în care căţărarea se execută cu faţa la scara fixă, iar coborîrea se execută cu spatele la scară. Pentru început, se cere copilului să se caţere pe 3-4 şipci, să se întoarcă cu spatele la scară pentru a efectua coborîrea. Înălţimea pînă la care se poate căţăra sau coborî cu faţa sau cu spatele creşte treptat în funcţie de posibilităţile copilului de adaptare la aceste solicitări.

• *Căţărarea cu braţ şi picior opus, pe scara fixă*

Stînd cu faţa la scară, ridică braţul drept şi apucă şipca cît de sus poate. Ridică piciorul stîng şi îl plasează pe şipcă. Prin tracţiune în braţ şi împingere în piciorul sprijinit pe o şipcă, copilul se ridică, în sprijin pe scară, ridică celălalt braţ şi apucă, timp în care piciorul se plasează mai sus decît piciorul de sprijin. În acest mod se asigură ridicarea la scara fixă.

Terapeutul, plasat în spatele copilului, îl prinde cu ambele mîini de mijloc, pentru a-i da siguranţă în acţiune. După cîteva repetări, deşi este plasat în spatele copilului, siguranţa este concretizată prin prezenţă, şi nu prin sprijin.

Coborîrea de pe scara fixă se execută prin deplasarea mîinii şi piciorului opus la 2-3 şipci. În această privinţă, este coborîtă mîna cu 2-3 şipci, după care se deplasează piciorul cu acelaşi număr de şipci (2-3). Se continuă acţiunea cu celălalt braţ şi picior opus pînă se ajunge pe sol.

Trecere peste obstacole

• *Escaladarea*

Escaladarea este o deprindere motrică complexă, întrucît în conţinutul său sînt cuprinse unele acţiuni cum ar fi alergare, săritură în adîncime, tracţiuni în braţe. Utilizînd acest sistem complex de mijloace, terapeutul urmăreşte să verifice: capacitatea copilului de a adapta aceste deprinderi la condiţiile în care ele sînt incluse într-o structură corect organizată; posibilitatea copilului de a executa cît mai corect fiecare structură a mişcărilor incluse în acest exerciţiu; modul în care asigură caracterul fluent al deplasării şi al orientării corpului în timpul trecerii peste obstacole; nivelul de dezvoltare al simţului de orientare în spaţiu şi de găsire a soluţiilor celor mai potrivite pentru a depăşi momentele mai dificile din timpul desfăşurării acţiunilor de escaladare.

Procedeele prin care copilul poate escalada aparatele sînt în funcţie de forma şi înălţimea aparatului, de modalităţile de deplasare şi de căţărare sau păşire peste sau pe aparat şi de cerinţele de coborîre de pe aparat. În această privinţă terapeutul poate utiliza: banca de gimnastică, lada, mingea medicinală, iar modalităţile practice de escaladare pot fi diferite.

Modalităţile de plasare a piciorului pe aparat: unii copii aşază vîrful piciorului, alţii călcîiul.

Maniera în care aterizează pe aparat: unii copii au o aterizare dură, în sensul că picioarele sînt întinse, ceea ce determină o stare de disconfort pentru copil. Corpul este menţinut într-o poziţie defectuoasă, fapt ce conduce la dezechilibrare mai ales atunci cînd corpul rămîne mult înapoia picioarelor care aterizează; corpul este mult prea în faţă, ceea ce îngreunează acţiunea braţelor şi mai ales a picioarelor.

Posibilităţile de utilizarea aparatelor sînt destul de largi, terapeutul utilizează acest procedeu în funcţie de particularităţile de diagnostic diferenţial al copilului:

1) mers-păşire pe banca de gimnastică, mers, păşire pe lada de gimnastică (o cutie) – săritură în adîncime;
2) alergare 2-3 m – păşire pe bancă, păşire pe ladă (2-3 cutii), coborîre prin alunecare pe marginea lăzii;
3) alergare 2-3 m – păşire pe 2-3 saci cu nisip (sau pe o minge medicinală mare), păşire pe bancă, alergare 1,5-2 m, căţărare pe ladă (3-4 cutii), coborîre prin alunecare pe tobogan;
4) alergare 2-3 m păşire pe banca de gimnastică, deplasare pe banca aşezată în lungime, mers în echilibru pînă la celălalt capăt, căţărare pe ladă (3-4 cutii), mers în ghemuit pe lada aşezată cît mai aproape de scara fixă, coborîre prin păşire pe fiecare şipcă a scării.

CONDUITELE NEUROMOTRICE

Informaţiile senzoriale în relaţie cu actele motrice

Informaţiile senzoriale ale actelor motrice sînt condiţionate de aferentaţia inversă, adică de înseşi mişcările care se produc şi de conexiunile cu obiectele asupra cărora acţionează.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică senzaţiile au un rol important, întrucît actul motric este condiţionat, în principal, de senzaţiile vizuale, auditive, chinestezice, de echilibru şi de orientare a mişcărilor în spaţiu (M. Epuran, 1976, p. 127).

Senzaţiile vizuale îi permit copilului să se orienteze în spaţiu şi să beneficieze de lumina şi culorile pe care mediul înconjurător le oferă. Realitatea în care se desfăşoară procesul de educare sau reeducare psihomotrică trebuie să fie dominată de lumină, pentru a putea copilul să acţioneze în deplinătatea funcţiei sale (vederea) pentru a percepe şi reţine: forma şi culoarea obiectelor cu care vine în contact; modalitatea de adaptare la spaţiul în care trăieşte şi se mişcă; încadrarea în orice moment la modificările ce intervin în mediul înconjurător.

Senzaţiile auditive au o importanţă deosebită, întrucît este principala cale prin care copilul intră în legătură cu cei din jur. Comunicarea, sub diferitele ei forme, îl ajută pe copil să perceapă vocea umană, dar şi sunetele pe care mediul înconjurător le emite. Senzaţiile auditive oferă copilului următoarele posibilităţi: de a percepe direcţia de unde vin sunetele prin intermediul ambelor urechi; de a diferenţia intensitatea sunetelor care se întind pe o paletă destul de largă, de la sunete grave pînă la cele mai ascuţite; de apreciere relativă a distanţelor la care se află sursa sonoră; de a aprecia de unde vine sursa sonoră, pentru a se orienta în spaţiu; de a diferenţia natura sursei sonore, care poate fi umană, mecanică sau electronică; copilului mic, de a diferenţia vocea mamei de cea a tatălui, iar mai tîrziu, a celor din mediul social în care creşte şi se dezvoltă.

Senzaţiile kinestezice, numite şi musculo-articulare, îl înştiinţează pe copil despre mişcarea şi poziţia diferitelor părţi ale corpului. Simţul chinestezic informează scoarţa cerebrală despre modul în care sînt executate mişcările, fapt ce permite să fie ţinute sub control atît reflexele tonice de postură, cît şi caracterul coordonat al mişcărilor. După M. Epuran (1976, p. 130), simţul chinestezic informează scoarţa despre poziţia părţilor corpului, mişcarea părţilor corpului, rezistenţa întîlnită de segmentele corpului în mişcare sau rezistenţa care trebuie învinsă prin mişcare.

Poziţiile părţilor corpului

Poziţia corpului nu poate fi disociată de starea psihică a copilului. Definită cu termenul de psihism, această stare particulară a organismului poate favoriza sau

diminua procesul de relaxare musculară şi ajuta copilul să ia cunoştinţă de existenţa corpului său şi de resursele motrice de care dispune.

Fiecare poziţie are o trimitere la o anumită imagine despre sine, pe care o trăieşte într-un anumit fel. Ceea ce rezultă din diversele poziţii, în care se poate afla în mod obişnuit un copil (stînd, aşezat sau decubit), poate fi considerat fie ca un mijloc pregătitor pentru declanşarea exerciţiului terapeutic fie ca un element intermediar, în desfăşurarea sistemului de mişcări al acestor exerciţii.

Selecţionarea poziţiilor iniţiale impune şi unele restricţii, cea mai importantă fiind cea legată de alegerea momentului oportun, adică atunci cînd copilul dispune de resursele psiho-fizice, necesare pentru a executa exerciţiul indicat.

Mişcările părţilor corpului

Mişcările corpului sînt complexe, fapt concretizat prin interferenţa planurilor în care se desfăşoară, sagital, frontal sau transversal, cît şi prin caracteristicile pe care le prezintă, active sau pasive.

Mişcările active prezintă o gamă largă de particularităţi, la baza lor aflîndu-se forţa mişcării, cea aflată totdeauna la originea ieşirii corpului dintr-o stare de repaus sau a modifica mişcarea existentă. Aceste forţe pot fi exterioare sau interioare, la rîndul lor putînd fi influenţate de poziţia corpului, traiectoria mişcării cu componentele sale, direcţia mişcării, amplitudinea şi lungimea traiectoriei, forma traiectoriei (rectilinie sau curbilinie), de viteza, tempoul şi ritmul mişcărilor.

Mişcările sînt grupate sub forma unor exerciţii motrice, care pot fi definite ca fiind acţiuni motrice, conştient organizate şi sistematic repetate, pentru realizarea obiectivelor procesului de educare sau reeducare psihomotrică. Exerciţiile motrice sînt utilizate cu rol formativ, fiind sub un permanent control pedagogic.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul selecţionează sistemul de mijloace în strict acord cu nivelul de dezvoltare a copilului pe plan fizic şi psihic. Terapeutul are în vedere că mijloacele utilizate, pentru a influenţa pozitiv evoluţia copilului, trebuie să fie în strînsă concordanţă cu următoarele coordonate:

– particularităţile individuale ale copilului;
– utilizarea unei metodologii adecvate de implicare activă a copilului în procesul de reeducare;
– preocupările copilului, pe care să le considere ca pe o realizare a propriei gîndiri;
– ambianţa în care se desfăşoară procesul de educare sau reeducare psihomotrică să apară pentru copil ca fiind total diferită de cea în care a trăit pînă în acel moment;
– diversitatea mijloacelor utilizate şi a metodelor de stimulare din timpul lecţiilor trebuie să fie de natură a da satisfacţii atît copilului şi familiei sale, cît şi terapeutului, artizanul acestui dificil proces de educare şi reeducare pe plan psihomotric.

Educarea mişcărilor globale ale copilului cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice impune ca în organizarea acestui proces atenţia să fie orientată asupra elementelor de bază, care conduc la conştientizarea senzaţiilor kinestezice.

Copilul, pentru a percepe modalităţile prin care poate să-şi mişte părţile corpului trebuie să înţeleagă *ce este mişcarea şi ce este lipsa de mişcare.* Mişcarea, după M. Montesori (citată de R. Jeudon, 1970, p. 98), este considerată ca o „punte de legătură între gîndire şi acţiune". În acest context, mişcarea trebuie văzută ca o cerinţă

necesară formării şi dezvoltării personalităţii. Copilul cu tulburări psihomotrice, în funcţie de particularităţile diagnosticului diferenţial şi de vîrstă, trebuie pregătit pentru a înţelege ce este mişcarea corpului şi a părţilor sale.

Este de datoria terapeutului să organizeze procesul de reeducare, de aşa manieră încît copilul să perceapă schema sa corporală, atît pe planul activităţilor globale, cît pe cel al motricităţii fine.

Direcţiile de acţionare în această privinţă sînt: cunoaşterea propriului corp; accent pe mişcările pe care fiecare parte a corpului le poate efectua în spaţiu; să perceapă senzaţiile musculare pe care le dobîndeşte prin mişcarea acelei părţi a corpului, dar şi starea de relaxare ce urmează după efortul depus; să-şi formeze schema corporală, ceea ce-i asigură posibilitatea de a înţelege şi reţine mişcările, dar şi capacitatea de a răspunde corespunzător la cerinţele terapeutului.

În timpul efectuării mişcărilor, simţul kinestezic ne informează în permanenţă despre caracterul lor, dînd scoarţei posibilitatea să comande acţiunile următoare (M. Epuran, 1976, p. 130). În acest sens, se poate utiliza următorul procedeu:

Copilul în decubit dorsal, cu capul sprijinit pe un săculeţ cu nisip, braţele pe lîngă corp, palmele pe sol, picioarele întinse, puţin depărtate; terapeutul plasat în lateral, cît mai aproape de copil, îi oferă următoarea explicaţie: să ne imaginăm că eşti o păpuşă mai mare, care are prinse de mîini şi picioare cîte o sfoară, prin care noi putem să te mişcăm (în cazul în care capacitatea de înţelegere este mai redusă, se trece la înfăptuirea practică a acestei sugestii).

Terapeutul îi solicită copilului să-i urmărească mişcarea mîinii, care ţine capătul sforii virtuale (sau reale), pentru a executa mişcarea segmentului, în direcţia în care terapeutul mişcă mîna. Aceasta este o modalitate sigură de a dezvolta capacitatea de înţelegere a ceea ce reprezintă, de fapt, o mişcare, ale cărei control tonic, mobilitate şi posibilitate de destindere îi aparţin copilului.

Terapeutul are libertatea de a utiliza numai acele procedee care se adaptează cel mai bine particularităţilor motrice şi psihice ale copilului. În acest sens, paleta de procedee poate cuprinde următoarele exemple:

– din aşezat cu spatele sprijinit de un perete, să împingă în picioare pentru a „mişca peretele”;
– din stînd, să flecteze genunchii şi să imite gestul că ridică o greutate;
– din decubit ventral, braţele în lateral, prin extensia trunchiului, a braţelor şi picioarelor, să imite zborul unui avion.

Apucarea, manevrarea şi eliberarea unui obiect

Reprezintă acţiunile prin intermediul cărora terapeutul educă sau reeducă deprinderea de a apuca, manevra şi elibera un obiect în funcţie de capacitatea de percepere a acţiunilor organizate de către terapeut.

Prehensiunea

Mîna omului este arhitectural şi funcţional dezvoltată, astfel încît să poată dispune de şase forme principale de prehensiune:

• de fineţe: între police şi index;
• tridigitală: între primele trei degete denumită şi priza toc;

• bidigitală subtermino-laterală: între police şi faţa externă a indexului (priza pentru farfurie);
• polidigito-palmară: priza de forţă folosită pentru ciocan;
• digito-palmară: folosită la volanul maşinii;
• interdigitală latero-laterală, folosită pentru ţigară între degetele II, III.

Prinderea unui obiect este, pe de o parte, în funcţie de forma, dimensiunile, volumul şi greutatea pe care o are, iar pe de altă parte, de forţa şi precizia pe care o pretinde mişcarea ce urmează a fi executată (Cl. Baciu, 1981, p. 628)

Prehensiunea este rezultatul unei activităţi complexe a membrului superior, pentru care articulaţia umărului, cotului, pumnului şi a mîinii asigură condiţii optime de apucare a unui obiect.

Educarea senzaţiilor tactile vizează simultan acţiunile braţelor şi mîinilor, care sînt într-o strînsă interdependenţă, braţul avînd rolul de a orienta mişcarea mîinii în direcţia în care se află, din care vine sau se va afla obiectul, iar mîna de a apuca obiectul de pe loc sau de a-l prinde în condiţiile în care acesta se deplasează, indiferent de traiectoria sa: curbă, orizontală, verticală sau dacă ricoşează.

Educarea sau reeducarea prehensiunii, cu accent pe forma sa dinamică, se realizează prin intermediul mingilor de diferite mărimi, ce pot fi medicinale sau elastice, sau cu gantere de mică greutate.

Acţiunea are ca punct de plecare deprinderea copilului în apucarea mingilor mici, ce pot fi prinse cu o singură mînă.

Educarea sau reeducarea apucării mingii parcurge mai multe trepte metodice în care copilul este îndrumat să apuce o minge care se află pe masă; urmărindu-se modul în care o apucă şi mîna pe care o foloseşte (este dreptaci sau stîngaci); se solicită apoi să treacă mingea dintr-o mînă în alta, prin apucare directă, urmărindu-se uşurinţa sau dificultatea de transfer a mingii, poziţia braţelor cu coatele flectate sau întinse, priza realizîndu-se de sus în jos cu apucarea mingii din lateral; să „plimbe" mingea între cele două palme cu palmele plasate pe verticală sau pe orizontală; să treacă mingea dintr-o mînă în alta, printr-o uşoară lansare crescînd treptat, distanţa dintre mîini; să lase să cadă mingea pe masă şi să o prindă cînd revine; să prindă mingea care revine de pe sol, pe care o lansează din ce în ce mai de sus.

Iniţierea copilului în apucarea mingii nu trebuie localizată doar la nivelul mîinii. Atenţia terapeutului trebuie să fie orientată şi asupra modului în care copilul implică direct braţul, în această deprindere de apucare şi prindere a unui obiect. În acest sens se urmăresc: poziţia braţelor şi a mîinilor în momentul prinderii mingii; poziţia palmelor pentru a reuşi să prindă mingea; modul în care orientează braţele şi mîinile, în funcţie de traiectoria pe care o are mingea; poziţia corpului şi a braţelor pentru a prinde mingea, a cărei traiectorie nu este îndreptată spre el; modalităţile de amortizare a şocului produs la contactul palmelor cu mingea; dacă braţele sînt flectate atunci cînd este prinsă mingea; obişnuirea cu prinderea şi lansarea mingilor de dimensiuni şi greutăţi diferite.

Modificarea poziţiei corpului în funcţie de traiectoria mingii

După ce copilul a fost iniţiat în a prinde mingea din poziţia stînd, este momentul să-l obişnuim să adopte şi alte poziţii, în funcţie de modul în care se

deplasează mingea. În acest sens, copilul este pus în situaţia de a urmări şi de a decide cum poate prinde o minge care are altă traiectorie decît cea cu care s-a obişnuit.

Terapeutul modifică sistemul de lansare a obiectului, urmărind modul în care copilul găseşte soluţia de a prinde din zbor. În acest sens, se utilizează următoarele procedee: se rostogoleşte mingea pe sol; se aruncă mingea jos, pe sol; se aruncă mingea în sus; copilul cu faţa la perete; se aruncă mingea, dar copilul nu cunoaşte în ce direcţie se deplasează mingea; se urmăreşte reacţia copilului; sînt aruncate două mingi; se urmăreşte spre care dintre mingi se îndreaptă. Aceste procedee sînt utilizate numai după ce copilul a dobîndit capacitatea de a prinde şi arunca mingea.

O altă observaţie, de care trebuie să se ţină seama, vizează ritmul de lucru, care, la început, trebuie să fie cît mai lent, pentru a oferi copilului posibilitatea de a pătrunde în esenţă mişcările, de a se înscrie în cerinţele care privesc aruncarea şi prinderea obiectelor.

Manevrarea

La baza manevrării obiectelor stau apucarea şi ţinerea lor, pentru a putea fi deplasate în sensul dorit de copil sau impus de terapeut. Manevrarea îi solicită copilului capacitatea de concentrare a atenţiei asupra modului în care coordonează braţele şi mîinile, pentru a manevra cu precizie, rapiditate şi eficienţă obiectul.

La copilul cu tulburări psihomotrice, deşi reuşeşte să apuce şi să ţină un obiect cu relativă uşurinţă, dificultatea apare atunci cînd este în situaţia de a-l manevra. Principalele cauze ale acestui neajuns îşi au originea în incapacitatea de a armoniza mişcarea braţelor şi a mîinilor cu privirea; în dificultatea de a coordona mîinile pentru a realiza mişcarea care solicită un anumit nivel al abilităţii; în reţinerea sau chiar teama de a nu reuşi să execute corect acel act motric, fapt ce-l determină să ţină obiectul în mînă şi să privească undeva, în gol.

Terapeutul trebuie să utilizeze numai acele procedee metodice care, prin structura lor, prin modul de organizare, dar şi prin efectele ce se obţin, îl introduc pe copil la dobîndirea încrederii în posibilităţile sale. În acest sens, acţiunile au ca punct de referinţă următoarele repere:

- Dobîndirea capacităţii de a apuca şi reţine obiectul din poziţii diferite ale braţelor, trunchiului şi picioarelor; acest fapt îl obligă pe copil să execute apucarea şi ţinerea obiectelor cu mîinile în poziţii diferite.
- Folosirea simultană a ambelor mîini pentru a realiza acţiuni, cum ar fi să apuce două mingi plasate în poziţii diferite, una lîngă alta, una după alta, la distanţe diferite; pe planuri diferite (una mai sus, cealaltă mai jos); de greutăţi diferite; de mărimi diferite. Notă: modificarea poziţiilor, formelor şi greutăţilor se execută alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; această alternare are rolul de a lărgi sfera de înţelegere a diferitelor elemente şi mai ales de a favoriza promovarea ambidextriei.
- După însuşirea tehnicii de apucare a obiectelor, se execută mişcări ale braţelor în acelaşi sens, apoi în sensuri diferite; în această privinţă, se întîlnesc situaţii cînd copilul nu poate mişca braţele în sensuri diferite, terapeutul fiind obligat să ajute copilul, prin susţinerea braţelor sale, pînă ce acesta percepe mişcarea corectă.
- Obişnuirea cu mişcarea braţelor avînd obiectele în mîini este urmată de executarea acestor acţiuni în deplasare prin sală; la început, mişcările sînt executate lent,

trecînd treptat la creşterea vitezei de deplasare; pentru a uşura înţelegerea acţiunii, mişcările pot fi însoţite de muzică, ceea ce contribuie la o angajare mai activă a copilului în procesul de educare sau reeducare psihomotrică pe care îl parcurge.

Manevrarea obiectelor pune în valoare abilitatea copilului de a folosi mîinile pentru a intra în posesia obiectului, pentru a fi folosit în funcţie de dorinţe sau trebuinţe sau pentru a-i modifica poziţia.

Abilitatea manuală este considerată ca o aptitudine de a şti să te serveşti de mîinile tale cu pricepere, de a efectua manual acţiuni care solicită precizie, fineţe, fără a fi limitată numai la factori senzorio-motori, fiind considerată ca o rezultantă a dispoziţiilor temperamentale şi mai ales a proceselor intelectuale (Păunescu-Muşu, 1990, p. 185).

Educarea sau reeducarea, cu referire la manevrarea obiectelor, impun ca terapeutul să cuprindă în sfera lui de preocupări şi componentele de bază ale abilităţilor manuale. În acest sens, acţiunile trebuie să fie orientate în aşa fel încît să permită copilului să dobîndească următoarele componente formative:

- să aibă bine stabilit scopul pentru care apucă şi manevrează obiectul;
- să adapteze mîinile şi braţele pentru a reuşi să apuce şi să manevreze corect obiectul;
- să dobîndească agilitatea corespunzătoare a degetelor pentru a reuşi să efectueze mişcări rapide şi fine;
- mişcările să fie precis programate, fapt ce va ilustra, ulterior, delicateţea gestuală şi armonia actelor motrice;
- coordonarea mîinilor, pentru a efectua acte motrice într-o succesiune bine definită, se va regăsi, ulterior, în abilitatea de a realiza mişcări rapide, precise şi eficiente;
- să pună în valoare capacitatea de a acţiona cu ambele mîini, cît mai corect posibil, la un nivel corespunzător al abilităţilor de care dispune.

Abilităţile manuale ale copilului pot fi puse în evidenţă prin intermediul mînuirii obiectelor uzuale, în discuţie fiind următoarele cerinţe: cunoaşterea modului în care aceste obiecte pot fi folosite; poziţionarea cît mai corectă a corpului, braţelor şi mîinilor pentru a fi adaptate specificului acţiunii ce urmează a fi efectuată; efectuarea cît mai precisă şi eficientă a acţiunii; asigurarea integrităţii obiectelor pe care le manevrează.

Paleta mijloacelor prin care se poate verifica nivelul abilităţilor manuale ale copilului este extrem de largă, parte dintre acestea fiind prezentate în cele ce urmează: să reuşească să îmbrace hainele şi să-şi încheie nasturii; să se încalţe şi să lege singur şireturile; să folosească tacîmurile; să deschidă şi să închidă uşa; să manevreze dopul unei sticle de plastic; să tragă un fermoar; să utilizeze corect instrumentele de scris şi desenat; să umple un pahar din sticlă cu apă şi să bea din el.

Eliberarea obiectului

Acţiunea de eliberare a obiectelor vizează două aspecte importante:

- eliberarea obiectelor pe care copilul le-a apucat şi manevrat, pentru a fi plasate într-un loc dinainte stabilit;
- lansarea obiectelor la distanţă sau la ţintă, modalitate ce va fi analizată pe larg, în cadrul metodologiei educării deprinderilor motrice.

Primul aspect, al eliberării obiectelor, analizat în acest capitol, reprezintă modalitatea prin care copilul intră în posesia obiectului, apoi posibilităţile de manevrare, pentru ca în final să-l plaseze într-un loc prestabilit, în deplină siguranţă şi stabilitate. În acest sens, atenţia terapeutului este îndreptată asupra modalităţilor de instruire a copilului, pentru a-l obişnui cu apucarea şi eliberarea obiectelor, în funcţie de următoarele criterii: forma, greutatea şi consistenţa lor; necesitatea de a fi în prealabil transportate, pentru a fi ordonate şi aşezate ulterior într-un alt spaţiu; condiţiile în care obiectul trebuie manevrat, sub raportul rapidităţii, integrităţii şi utilităţii sale.

Procesul educării sau reeducării stă însă şi sub semnul corelaţiei care există între cele trei forme de bază de folosire a obiectelor: apucarea, manevrarea şi eliberarea lor. În acest sens, se acţionează practic, pentru o execuţie cît mai corectă a acţiunii globale; verbalizînd modul în care sînt executate componentele de bază ale apucării, manevrării şi eliberării obiectului; executînd secvenţial fiecare componentă, solicitînd copilului să demonstreze şi să explice ceea ce a înţeles prin apucare şi eliberare.

Pe plan metodologic, acţiunea de apucare, manevrare şi eliberare începe de la terapeut, care oferă copilului un obiect (de regulă, se folosesc obiecte incasabile) pentru a fi apucat, manevrat şi eliberat în condiţii statice şi dinamice. Dacă acţiunea este executată în condiţii statice (copilul stă pe loc), se oferă obiectul unui partener; se trece la manevrarea obiectului executînd paşi în lateral şi la eliberarea lui în condiţii normale; cînd manevrarea obiectului se execută din mers pe distanţe, la început mici, apoi cu creşterea treptată a distanţei şi din alergare, cu creşterea treptată a greutăţii şi volumului obiectelor, cu modificarea modalităţilor de apucare şi de transport prin; apucare cu două mîini; apucare şi sprijinirea obiectului de piept; transportul obiectului ţinut cu ambele mîini în faţă, deasupra capului sau în spate, din mers şi alergare.

În executarea mişcărilor de apucare, manevrare şi eliberare pot fi întîlnite şi unele greşeli. Cauzele sînt multiple: lipsa de înţelegere corectă a modului în care se execută acţiunea; adoptarea unei poziţii necorespunzătoare a corpului şi în special a braţului (sau braţelor) pentru apucare, dar şi pentru manevrarea obiectului; dificultăţi de armonizare a mişcării braţului cu cea a mîinii, pentru eliberarea obiectului; aprecierea greşită a modului de manevrare a obiectului, ceea ce conduce la eliberarea lui prematură, mai ales a obiectelor casabile; cele trei componente sînt executate într-o stare de încordare a musculaturii corpului, ceea ce determină: imprecizia actelor motrice; mobilitate limitată; lipsă de control a mişcărilor mîinilor; eliberare secvenţională.

Principala cale de a lărgi gama de mijloace, prin intermediul cărora terapeutul să poată acţiona asupra formării senzaţiilor chinestezice, o reprezintă obiectele din material plastic, de forme şi greutăţi diferite, ce asigură atît protecţia copilului cît şi integritatea lor structurală.

Rezistenţa întîlnită de segmentele corpului în mişcare sau rezistenţa care trebuie învinsă prin mişcare

Senzaţiile chinestezice au un rol însemnat în coordonarea şi executarea mişcărilor, fapt concretizat prin informaţiile pe care scoarţa cerebrală le primeşte de la muşchi, tendoane şi suprafeţele articulare.

Copilul cu tulburări de psihomotricitate trebuie minuţios pregătit pentru a reuşi să se încadreze în sistemul de cerinţe, pe care realitatea în care trăieşte le impune. În acest sens, atenţia terapeutului este orientată în direcţia dobîndirii de către copil a deprinderilor motrice habituale, concretizate sub forma structurilor motrice de autoservire; elementelor de igienă personală; componentelor impuse de mediul social în care trăieşte.

Structurile motrice de autoservire vizează următoarele aspecte:

– *mobilitatea*, concretizată astfel: cum reuşeşte să se plaseze corect în pat; să se învelească; să se întoarcă corect într-o parte sau alta; să manevreze obiectele de pe noptieră; să se ridice din pat; să părăsească patul;
– *alimentare*: să folosească farfuriile în mod corespunzător; să utilizeze corect lingura, furculiţa şi cuţitul; să ştie cînd trebuie folosite aceste tacîmuri, cum trebuie apucate şi manevrate; să utilizeze corect paharul sau cana pentru a bea; să aprecieze corect cînd alimentele sînt prea fierbinţi sau prea reci; să menţină o poziţie corectă a trunchiului în timp ce ia masa;
– *îmbrăcare*: reuşeşte să îmbrace şi dezbrace haina şi lenjeria de corp; încheie şi descheie nasturii; încalţă şi descalţă pantofii; reuşeşte să treacă şireturile prin găurile de la pantof, face nodul la şireturi;
– *elementele de igienă personală* constituie un aspect important privitor la capacitatea copilului de a-şi însuşi aspectele legate de igiena personală: cum se spală pe mîini, pe faţă, pe dinţi; cum utilizează hîrtia igienică; dacă are capacitatea de a manipula corect hainele atunci cînd foloseşte WC -ul; se spală pe mîini după ce a fost la WC; cum foloseşte baia; reuşeşte să intre şi să iasă din baie; are nevoie de ajutor sau nu pentru a realiza obiectivele propuse mai sus.

Componentele impuse de mediul în care trăieşte se referă la folosirea utilităţilor, comunicare şi autonomie de deplasare.

• *Utilităţile* aduc în discuţie modul în care copilul reuşeşte să răsucească întrerupătorul pentru lumină; dacă deschide şi închide robinetul la apă; dacă închide şi deschide corect uşa utilizînd o singură mînă; dacă poate închide şi deschide un sertar, o fereastră; poate încuia uşa cu cheia; cum manevrează foarfecele.
• *Comunicarea:* dacă este capabil să alcătuiască o propoziţie; dacă poate să-şi exprime corect dorinţele sau dificultăţile pe care le întîmpină; cum comunică cu o persoană străină; dacă este capabil să-şi exprime acordul sau dezacordul legat de o anumită problemă; dacă îşi cunoaşte numele; dacă ştie unde locuieşte (strada, numărul, localitatea).
• A*utonomia de deplasare*: dacă are capacitatea de a se deplasa; dacă îşi coordonează braţele cu picioarele în timpul deplasării; dacă urcă şi coboară scările; se poate deplasa sau nu în lateral, îndărât şi în ghemuit; dacă poate folosi mijloacele de transport în comun; dacă poate transporta unele obiecte şi să nu le scape din mînă, dacă poate să se aşeze şi să se ridice de pe scaun şi din pat.

Terapeutul şi familia copilului trebuie să colaboreze pentru a forma şi dezvolta aceste deprinderi motrice habituale. Iniţiat de către terapeut, copilul trebuie pus în situaţia practică de a-şi forma aceste deprinderi, cu precădere, în familie. Părinţii

sesizează dificultăţile ce apar în timpul repetării acestor deprinderi, pentru ca terapeutul să poată interveni, din timp, pentru a le corecta. Abordarea capacităţii de autoservire trebuie să cuprindă, pe lîngă modalitatea de execuţie corectă a acţiunilor respective sub raport structural poziţiile din care deprinderile motrice deficitare vor fi abordate.

Un alt aspect ce trebuie urmărit priveşte eficienţa acţiunilor, modul în care reuşeşte să coreleze mişcările pentru a le efectua cît mai corect, cu mare precizie şi adresabilitate.

Terapeutul, pentru a forma şi consolida deprinderile motrice habituale, utilizează următoarele trepte metodice: sistematizează deprinderile, în funcţie de utilitatea lor imediată; prezentarea verbală a structurii acţiunii respective; demonstrarea modului cum trebuie executată acţiunea; reprezentarea ideomotorie a deprinderii ce urmează a fi exersată, însoţită de verbalizarea de către copil a acţiunii pe care o execută; evidenţierea momentelor mai dificile pe care copilul le întîmpină în executarea acţiunii şi stabilirea posibilităţilor de a fi depăşite; dezvoltarea capacităţii de autoapreciere a modului în care este efectuată deprinderea respectivă.

Exerciţiile fizice pe care copilul trebuie să le practice, se referă, în principal, la efortul ce trebuie depus pentru a realiza tracţiune, împingere, ridicare şi transport de greutăţi. Utilizarea acestor acţiuni de către copilul cu tulburări psihomotrice impune adaptarea efortului la particularităţile de diagnostic diferenţial şi de vîrsta cronologică. Scopul urmărit este ca muşchii, tendoanele şi suprafeţele articulare să reziste, la solicitările impuse de specificul acţiunilor în curs de desfăşurare.

Relaxarea

Relaxarea este o formă de autoreglare psiho-fizică prin care comportamentul uman este orientat spre obţinerea unei stări de repaus, concretizat prin decontracturare musculară şi psihică. Este cunoscut că, pentru a dobîndi un randament superior în diferite forme de activitate, omul trebuie să-şi mobilizeze resursele energetice pe plan fizic şi psihic.

În activitatea de educare sau reeducare psihomotrică, relaxarea este calea prin care se asigură echilibrul emoţional, dar, în acelaşi timp, oferă şi disponibilitatea mentală pentru activitatea ce urmează a fi efectuată.

Copilul cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, din cauza stărilor sale de crispare, de jenă, de frică, se angrenează destul de greu într-o relaţie educativă sau reeducativă. Terapeutul, pentru a reuşi să angreneze în activitate un copil, cu un asemenea profil psihologic, trebuie să obţină, în primul rînd, încrederea în acţiunile pe care i le oferă.

Relaxarea oferă posibilitatea conştientizării proprioceptive, ceea ce va conduce la o percepţie a segmentelor, cît şi a corpului, mult mai precis localizată. Se impune ca mişcările de relaxare să fie corect selecţionate şi precis direcţionate, pentru a obţine efectele calitative scontate.

Sistemul de mijloace utilizat în scopul relaxării globale sau segmentare, trebuie să fie bine perceput de către copil, iar traducerea lui practică să fie clădită pe o stare de degajare, fără încordare, fără agitaţie.

Obţinerea stării de relaxare are ca punct de plecare înţelegerea şi realizarea de către copil ale stării de repaus, în care musculatura nu trebuie să fie în tensiune. Copilul trebuie să perceapă şi să înfăptuiască starea de calm şi de repaus, la nivelul întregului său corp, condiţii esenţiale pentru a reuşi să se debaraseze şi de tensiunile psihice care îl domină.

Activitatea metodică a terapeutului este pusă în valoare şi prin modul în care copilul reuşeşte să selecţioneze şi aplice sistemul de mijloace, prin intermediul cărora acesta dobîndeşte capacitatea de a se încadra în sistemul de cerinţe privitoare la relaxare.

Metodologia însuşirii procedeelor de relaxare

Utilizarea procedeelor de relaxare, în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică, impune ca terapeutul să asigure condiţiile optime de desfăşurare a acţiunilor propuse, să orienteze procesul de dobîndire a capacităţii de relaxare, în raport cu particularităţile fizice şi psihice ale subiectului, dar şi în funcţie de obiectivele urmărite după cum urmează:

– în cadrul dialogului pe care îl are cu subiectul, terapeutul trebuie să-i prezinte modul în care trebuie să-şi poziţioneze corpul pentru a reuşi să se relaxeze;
– să parcurgă, treptat, etapele care conduc la înţelegerea şi realizarea, în fapt, a relaxării;
– subiectul, în funcţie de posibilităţile sale motrice, să aleagă poziţia în care se simte cel mai bine, pentru a reuşi să se relaxeze; să-şi adapteze respiraţia la poziţia pe care o adoptă; să perceapă că destinderea într-o poziţie comodă este asociată şi cu modificarea ritmului respirator; să-şi inducă o stare de calm, de linişte, de moleşeală; să se apropie de starea de somnolenţă; să aibă sentimentul de degajare, de plutire; să treacă treptat la starea de bine, de trezire, de încadrare în realitatea obiectivă.

În al treilea rînd, să orienteze subiectul în direcţia înţelegerii şi respectării unor cerinţe minime, care, de fapt, determină conţinutul şi formele prin care relaxarea este exprimată cel mai bine.

Pornind de la aceste repere, terapeutul îşi poate orienta atenţia asupra acelor două procedee de bază: relaxarea globală şi relaxarea segmentară.

Relaxarea globală

Este un proces analitic ce asigură decontracturarea grupelor musculare şi oferă condiţii pentru „echilibru emoţional şi disponibilitate mentală".

Relaxarea globală poate fi obţinută în condiţiile în care subiectul este plasat într-o încăpere liniştită, care să nu perturbe starea de concentrare a atenţiei spre acţiunile ce urmează a fi efectuate. Această condiţie fiind asigurată, subiectul poate adopta una din următoarele poziţii:

– decubit dorsal cu braţele întinse pe lîngă corp, în uşoară abducţie, palmele în supinaţie, picioarele întinse şi puţin depărtate, ochii închişi; în această poziţie, terapeutul, plasat în lateral, poate interveni pentru a coordona starea de contracţie şi relaxare a diferitelor segmente ale corpului;

– decubit dorsal, gambele flectate la 90°, braţele în abducţie la nivelul umerilor, antebraţele flectate, palmele în supinaţie, ochii închişi;
– aşezat pe un fotoliu, braţele în lateral, capul aplecat spre înainte, bărbia în piept.

Folosind una din aceste poziţii, se poate recurge la un ciclu de exerciţii din cadrul metodei Schultz.

Pentru a asigura starea de calm, se apelează la formule prin intermediul cărora se induce starea, de destindere cum ar fi: „sînt calm şi destins", „sînt liniştit", „nimic nu mă tulbură".

Copilul este invitat să-şi orienteze atenţia asupra unor părţi ale corpului (de obicei, se începe cu faţa): „mă gîndesc la chipul meu", „mă gîndesc la ochii mei" (care sînt închişi), „la gura mea" etc. În momentul în care copilul reuşeşte să-şi orienteze atenţia asupra părţilor corpului, se poate considera că a început procesul de relaxare

Se trece apoi la dobîndirea senzaţiei de greutate corporală, apelîndu-se la formule de tipul: „braţul meu drept este greu ca plumbul"; se trece apoi la braţul stîng, apoi la picioare, trunchi, gît şi cap; în acest mod se ajunge la decontracturare, dar numai în urma utilizării unui antrenament corect utilizat şi metodic desfăşurat.

Pentru senzaţia de căldură, se utilizează formule cum ar fi: „braţul meu drept se încălzeşte", „braţul meu drept devine din ce în ce mai cald", „braţul meu drept este cald, deosebit de cald".

Procedeul de relaxare globală, după metoda Schultz, devine eficient numai în condiţiile în care se au în vedere repere de genul:

• Orientarea copilului pentru a se relaxa nu trebuie să fie rezultatul unei comenzi; este, de fapt, o sugestie pe care terapeutul o enunţă, adresîndu-se la persoana întîi: „eu sînt calm", „fruntea mea este răcorită" etc.
• Terapeutul trebuie să-şi controleze modul în care enunţă cuvintele; trebuie să vorbească încet, calm, dar să pronunţe cuvintele cît se poate de clar.
• Să exprime modalităţile de acţionare prin intermediul unor „figuri de stil", dar care să conţină elemente cu adresabilitate precisă, întrucît copilul, fiind cu ochii închişi, nu are cum să perceapă vizual acţiunea respectivă; copilul trebuie să înţeleagă relatarea terapeutului fără a face efort de concentrare a atenţiei asupra a ceea ce i se solicită. Utilizarea relaxării cu copiii între 3-11 ani este condiţionată de modul în care copilul vede şi înţelege ce trebuie să execute, înainte ca el să fie pus în situaţia de a închide ochii; în acest sens, terapeutul demonstrează şi explică gesturile ce urmează a fi efectuate de către copil, pentru a înţelege şi realiza relaxarea grupelor musculare.
• Terapeutul trebuie să exprime cît mai clar conţinutul gestului ce urmează a fi efectuat, pentru a evita starea de disconfort, atunci cînd nu a înţeles conţinutul mesajului.
• Tonul, de obicei, trebuie să prezinte variaţii de intensitate, dar să pornească de la o formă monotonă, care să se împletească cu modificarea ritmului şi a intensităţii; tonul este adaptat în funcţie de nota dominantă acţiunii; dacă acţiunile trebuie executate lent, tonul va fi scăzut şi monoton. Relaxarea globală, utilizată cu scopul de ai educa sau reeduca pe copiii cu tulburări de psihomotricitate, parcurge o etapă pregătitoare ce constă în alternarea acţiunilor de contracţie şi relaxare.

Pe plan psihomotric, utilizarea poziţiei de decubit dorsal oferă condiţii optime pentru copil ca să perceapă mai bine starea de nemişcare, de imobilitate, fiind, de fapt, modalitatea principală de a simţi şi concretiza relaxarea globală şi segmenară. Din această poziţie, copilul începe să-şi perceapă corpul în integralitatea sa, ceea ce conduce la formarea unei imaginii concrete şi de conştientizare a schemei sale corporale, după cum rezultă din exerciţiile propuse, în continuare:

– decubit dorsal pe sol, braţele în abducţie, mîinile în supinaţie sprijinite pe cîte un săculeţ cu nisip; strîngerea şi destinderea simultană a degetelor;
– aceeaşi poziţie: flectarea antebraţelor pînă la verticală, urmată de căderea lor liberă pînă la nivelul umerilor; se continuă cu extensia antebraţelor, din nou pînă la verticală, urmată de căderea lor liberă în lateral;
– din stînd în faţa oglinzii, flectarea antebraţelor pînă se ating umerii, urmată de cădere liberă, cu legănarea lor înainte şi înapoi.

Aceste acţiuni sînt executate la început cu ochii deschişi, iar în final cu ei închişi. Copilul trebuie să conştientizeze cum se contractă şi cum se relaxează propria musculatură. În continuare, cîteva exemple, din poziţia de decubit dorsal:

– cu cîte un săculeţ cu nisip sub spaţiul popliteu, braţele în abducţie, palmele în pronaţie sprijinite pe sol, tălpile sînt sprijinite pe sol; flexia dorsală a labelor ambelor picioare, urmată de flexia lor plantară, cu sprijin pe toată talpa;
– cu cîte un săculeţ cu nisip sub fiecare spaţiu popliteu; flexia gambelor pe coapse cu alunecare pe toată talpa; alunecare liberă a gambelor cu uşoară scuturare a coapselor pînă la contactul cu săculeţii cu nisip;
– cu cîte o minge medicinală sub spaţiul popliteu, iar sub laba laba picioarelor cîte un săculeţ cu nisip; extensia gambelor, concomitent cu flexia dorsală a labelor picioarelor; menţinerea acestei poziţii 2-4 sec., decontracturarea coapselor cu căderea liberă a gambelor în sprijin pe săculeţii cu nisip;
– genunchii flectaţi, tălpile plasate pe două mingi medicinale, braţele în abducţie, palmele pe sol; extensia gambelor cu încordarea musculaturii coapselor şi a abdomenului, destinderea musculaturii cu căderea liberă a picioarelor pe cele două mingi medicinale.

Efectuarea acestor exerciţii oferă copilului posibilitatea de a conştientiza diferenţa dintre contracţie şi relaxare, dintre întindere şi destindere; ea trebuind să interiorizeze senzaţiile care rezultă prin efectuarea acestor gesturi şi să-l facă să înţeleagă că sînt componente ale activităţilor voluntare ale propriului corp, pe care el le poate controla.

Poziţia de decubit dorsal deschide calea spre perceperea greutăţii corporale, prin intermediul contactului direct pe care părţile corpului îl au cu solul; copilul trebuie să simtă cum fiecare parte a corpului său se sprijină pe sol, moment ce precede dobîndirea stării de relaxare. Această modalitate de percepere a părţii dorsale îi oferă posibilitatea de a integra această imagine, pe care nu o poate percepe vizual, în schema sa corporală.

Pentru a înţelege efectul atracţiei gravitaţionale, i se solicită copilului să ridice un segment de pe sol, să-l menţină întins, timp în care simte că, treptat, greutatea se accentuează, iar cînd relaxează segmentul, acesta cade pe sol.

Recurgerea la starea de relaxare sugerată este indicată numai după ce copilul stăpîneşte formele de percepere a greutăţii corporale şi înţelege efectul atracţiei gravitaţionale. În aceste condiţii, copilul va putea realiza starea de relaxare numai pe baza sugestiei enunţate de către terapeut. Această stare este, aşadar, rezultatul unei activităţi metodice, desfăşurate în timp şi care atestă fructuoasa colaborare dintre terapeut şi copil.

Relaxarea segmentară

Mişcările de la nivelul segmentelor trebuie să fie însoţite şi de posibilităţi de relaxare, care să permită sesizarea promptă a zonelor de contractură, oboseală sau o stare de disconfort accentuat. Contractura „gripează" mobilitatea articulaţiilor, în timp ce musculatura relaxată, într-o stare optimă de manifestare a tonusului, permite mişcarea segmentelor în orice direcţie.

Eliminarea stării de contractură musculară se realizează prin exerciţii cu direcţionarea precisă a tonusului de la toate nivelurile musculare. Pregătirea corpului pentru a efectua mişcări în concordanţă cu scopul urmărit, se realizează numai în condiţiile în care, pornind de la o poziţie iniţială, să se ajungă la o poziţie finală în măsură să asigure destinderea, iar mişcările să fie în aşa fel structurate, încît să ofere condiţii de relaxare, adică să se realizeze într-un ritm lent şi în condiţii stereotipe. Din momentul în care copilul dobîndeşte capacitatea de a executa corect acţiunea comandată, se poate trece la modificarea condiţiilor de lucru, în primul rînd, prin schimbarea ritmului în care mişcările sînt executate; urmărind astfel să se educe încrederea în resursele propriului corp, în capacitatea de a face faţă cerinţelor; prin exerciţii corect selecţionate şi metodic direcţionate, ceea ce va conduce, în final, la asigurarea stării de relaxare.

Modalităţi de acţionare

Pentru a forma o imagine corectă asupra modului în care copilul trebuie să acţioneze cu segmentele pentru a le relaxa, terapeutul asociază relaxarea segmentelor cu căderea liberă a unor obiecte.

Sistemul de mijloace utilizat pentru relaxare vizează în principal membrele superioare şi inferioare. Poziţiile de lucru sînt în stînd, aşezat şi decubit dorsal, pentru membrele superioare, şi din aşezat, decubit dorsal şi ventral pentru membrele inferioare.

Relaxarea musculaturii braţelor şi a centurii scapulare

Pentru o mai bună înţelegere a modului în care se execută mişcările de relaxare, se recomandă procedeul de lucru dirijat.

Terapeutul, plasat în spatele copilului, îi ridică braţele prin lateral în sus, prin surprindere, şi le lasă apoi să cadă pe lîngă corp.

- Stînd cu faţa la scara fixă, sprijină degetele pe o treaptă mai sus decît înălţimea sa, terapeutul plasează mîinile pe umerii copilului; printr-o uşoară dezechilibrare spre înapoi a trunchiului, mîinile vor aluneca relaxate pe lîngă corp.
- Stînd cu picioarele depărtate la lăţimea umerilor, trunchiul aplecat în faţă, terapeutul plasat în faţă îi duce braţele în lateral sau în sus; urmează eliberarea braţelor pentru

a atîrna relaxate; se trece într-o altă etapă la repetarea acestor mişcări, dar executate singur de către copil; în aceste condiţii, se urmăreşte ca relaxarea să se execute secvenţional; se relaxează succesiv la nivelul articulaţiei pumnului, cotului, apoi a umărului.

– Stînd cu cîte un obiect (o minge) în mînă, la început să fie uşor pentru ca, treptat, greutatea lui să crească; se cere copilului să ducă braţele în lateral, să elibereze obiectele şi să lase braţele moi în jos.

– Stînd cu picioarele depărtate la lăţimea umerilor, trunchiul aplecat, braţele atîrnate spre în faţă; se solicită legănarea braţelor înainte şi înapoi, apoi în lateral; se execută aceeaşi acţiune, dar avînd obiecte în mînă; din aceeaşi poziţie, se duc energic braţele în lateral şi se lasă să cadă liber, cît mai relaxate.

Jocuri

Utilizarea jocurilor este modalitatea de a obişnui copiii să imite unele atitudini ale animalelor de pe lîngă casă sau cele pe care le-au văzut în poze sau la televizor. Cu această ocazie, terapeutul enunţă un animal care se deplasează semeţ, cum ar fi, spre exemplu, calul; copiii vor imita deplasarea calului; la a doua comandă spune „pisică", cea care se deplasează mai relaxat, mai moale; la „broască", copiii vor sări ca broasca, iar la comanda „şarpe", se vor deplasa printr-o uşoară unduire a trunchiului.

Relaxarea musculaturii gîtului

Din aşezat, pe scaun sau pe sol cu mîinile sprijinite pe coapse, capul este lăsat să cadă moale înainte, înapoi, în lateral dreapta şi apoi spre stînga; se execută mişcări lente de rotare a capului spre dreapta, apoi spre stînga; se atrage atenţia că aceste mişcări nu trebuie executate într-un ritm susţinut, întrucît provoacă senzaţia de ameţeală. Aceste exerciţii sînt repetate de maximum 3-4 ori.

Relaxarea membrelor inferioare

Relaxarea musculaturii de la nivelul membrelor inferioare parcurge aceleaşi trepte metodice, care au fost utilizate şi pentru braţe. Poziţiile corecte de acţionare sînt din decubit dorsal sau ventral, avînd în vedere că la contactul cu solul, piciorul să fie protejat de un săculeţ cu nisip sau de saltea.

- *Decubit dorsal*: braţele pe lîngă corp, palmele pe sol, picioarele întinse cu călcîiele sprijinite pe două mingi medicinale. Terapeutul apucă gleznele şi execută depărtarea şi apropierea picioarelor, ridicarea şi coborîrea alternativă, apoi simultană, concomitent cu scuturarea lor; cînd se atinge un anumit nivel de depărtare de cele două mingi, picioarele sînt eliberate în stare de relaxare.
- *Decubit ventral*: labele picioarelor sprijinite pe săculeţii cu nisip; terapeutul apucă gleznele şi execută depărtarea şi apropierea picioarelor, ridicarea regiunii lombare; le coboară pînă la un nivel acceptabil, după care le eliberează în stare de relaxare.
- Decubit ventral pe o masă, picioarele în atîrnat în afara suprafeţei de sprijin, mîinile apucă marginile mesei; terapeutul apucă de la nivelul gleznelor; ridică picioarele la

orizontală, le depărtează, le apropie, alternează mişcările de ridicare şi coborîre a picioarelor, le apropie şi le eliberează în stare de relaxare.*

Relaxarea şi respiraţia

Relaxînd global musculatura de la nivelul trunchiului, membrelor superioare şi inferioare, atenţia terapeutului trebuie să fie orientată şi asupra armonizării mişcărilor de relaxare, cu cele de respiraţie.

Educarea relaxării, prin intermediul unor exerciţii special selecţionate şi precis localizate, impune ca la nivelul trunchiului să se urmărească ca musculatura implicată în actul respirator (de la nivelul toracelui, diafragmului şi abdominalilor) să dobîndească capacitatea de a alterna contracţia cu relaxarea lor în mod corespunzător.

Terapeutul are în vedere ca în cadrul procesului de educare sau reducare să utilizeze mijloacele care să fie orientate spre realizarea următoarelor obiective: creşterea mobilităţii şi elasticităţii cutiei toracice; tehnica respiraţiei complete; relaxarea grupelor musculare implicate în actul respirator; dezvoltarea unui reflex de atitudine corect; corectarea atitudinilor vicioase de la nivelul coloanei vertebrale, pentru a asigura condiţii optime pentru funcţionarea aparatului respirator.

Relaţia dintre mişcările de respiraţie şi relaxare

Educarea respiraţiei impune a fi stabilite unele repere determinate de condiţiile în care se desfăşoară acest proces: inspiraţia să se execute pe nas cu gura închisă; expiraţia să se execute pe gură sau pe nas, în funcţie de natura efortului, mediul înconjurător şi scopul urmărit; poziţiile de lucru să fie adaptate la obiectivele urmărite, iar mîinilor li se atribuie un rol important în autocontrolul corectitudinii şi al eficienţei tipului sau procedeului respirator.

Pentru reuşita deplină a obiectivelor citate mai sus, relaxarea în ansamblu a musculaturii trunchiului şi membrelor superioare, se poate constitui ca o cerinţă pentru ameliorarea programului respirator, factor determinant în refacerea organismului, pentru a fi apt pentru o nouă solicitare fizică.

Relaxarea are, aşadar, ca obiectiv principal, pregătirea organismului pentru a face faţă solicitărilor ulterioare, asigurînd premisele pentru o permanentă încărcare a „bateriilor vitale”.

Educarea respiraţiei se realizează treptat, respectînd regula de la uşor la greu, de la simplu la complex; se obţine progresiv adaptarea acestei funcţii la sistemul de solicitări. Participarea conştientă, activă şi constantă în sistemul de lucru asigură eficienţa acestui proces.

În sistemul de mijloace specifice fiecărui program se introduc exerciţii de relaxare, de destindere. Se urmăreşte, cu precădere, relaxarea musculaturii feţei, gîtului, toracelui şi a muşchilor implicaţi în actul respirator. Practica exerciţiilor de relaxare este recomandată la începutul, în timpul şi la sfîrşitul programului.

Obţinerea unor efecte corespunzătoare asupra mecanicii respiratorii prin relaxarea muşchilor respiratori, se poate obţine prin respectarea următoarelor cerinţe:

---

* Masa nu trebuie să prezinte bară de susţinere pentru a evita lovirea picioarelor, atunci cînd sînt eliberate în stare de relaxare.

Inspiraţia este facilitată în condiţiile în care corpul este în ortostatism, cu braţele duse în lateral sau în sus, pe şold sau pe umeri, pe creştet sau în momentul în care corpul se află într-un interval de inactivitate. Mai bine este însă, după o prealabilă solicitare fizică, ce a creat „setea" de aer.

Apneea este faza care permite declanşarea celui mai mare efort, asigurînd blocarea toracelui într-o poziţie care să asigure suport pentru acţiunea braţelor şi picioarelor.

Expiraţia este mai amplă, atunci cînd trunchiul execută aplecări sau înclinări spre înainte sau în lateral, cu braţele pe lîngă corp, încrucişate în faţă sau pe genunchi.

Indiferent de natura efortului pe care îl depune subiectul, este de majoră importanţă să se asigure necesarul de oxigen prin intermediul unei respiraţii corecte, adaptate specificului acţiunii pe care o efectuează, cît şi particularităţilor individuale.

Asigurarea unei respiraţii corecte este „clădită" pe o ţinută corectă a trunchiului. În acest sens, mişcările trunchiului, cum ar fi răsucirile, înclinările, extensiile, aplecările, însoţite de respiraţii ample, asigură mobilitate şi elasticitate cutiei toracice, fapt ce va favoriza o respiraţie corectă şi un schimb mai intens de gaze.

Mişcările de la nivelul membrelor superioare, asociate cu cele de la nivelul trunchiului şi a membrelor inferioare, precum şi cu modificarea ritmului de respiraţie, determină creşterea capacităţii vitale şi implicit a schimburilor de gaze de la nivelul alveolelor pulmonare.

Modalităţile de influenţare favorabilă a capacităţii vitale se realizează prin intermediul unui complex de mişcări, după cum urmează:
- membrele superioare, pentru a influenţa favorabil volumul respirator, pot fi proiectate astfel: înainte, înapoi, sus, jos, lateral, pe şold, pe umeri, pe creştet;
- legănarea braţelor: înainte, înapoi, dreapta, stînga, lateral;
- circumducţia braţelor: în faţă, în lateral, în sus, cu amplitudine mică sau mare;
- mişcări de circumducţie ale umerilor cu proiectarea lor în faţă sau în spate;
- mişcări ale gîtului şi capului cu proiectare înainte şi înapoi, înclinări dreapta-stînga; răsuciri dreapta-stînga; circumducţii dreapta-stînga;
- mişcări ale feţei: ridicarea şi coborîrea sprîncenelor; strîngerea şi destinderea buzelor; mişcarea maxilarului inferior în toate planurile posibile.

Aceste exerciţii vor fi asociate mişcărilor de respiraţie în care accentul, în funcţie de poziţia părţilor corpului, se pune pe inspir şi expir profund, intercalînd şi momente de apnee.

SCHEMA CORPORALĂ

Corpul, prin structura sa, prin modul în care se exteriorizează, prin realitatea pe care o prezintă, prin posibilităţile sale de exprimare, prin capacitatea de acumulare şi redare a experienţei acumulată, îşi motivează pe deplin evoluţia sa în contextul în care ontogenia repetă filogenia.

Se defineşte prin corp propriu reprezentarea mentală, pe care şi-o face un individ despre propriul său corp, avînd conştiinţa că are la dispoziţie fiecare din părţile sale, de situaţia lor, la un moment dat, de unicitatea lui în ansamblu, fiind conştient că se identifică cu „eul" său corporal (A. Lapierre, 1975 p371).

Corpul, aşa cum este el în realitate, trebuie perceput sub toate formele sale de manifestare şi bune şi rele. Corpul nu poate ascunde realitatea pe care o trăieşte, la un moment dat, întrucît prin el sînt aduse la lumină bucuriile şi supărările, realitatea şi visele, împlinirile şi eşecurile, armonia şi frămîntarea, liniştea şi agitaţia, acestea fiind doar unele din elementele care definesc condiţiile optime de apreciere a trăirilor unui corp.

În realitate, etapele de dezvoltare ale copilului sînt marcate fiecare prin explozia de activităţi care, pentru un timp, par să-l stăpînească aproape în întregime şi ale căror efecte posibile le urmăreşte neobosit.

Înţelegerea eului corporal de către copil parcurge trei etape: prima, diferenţiază eul corporal de ansamblul propriului său corp, iar în cea de a doua etapă se conştientizează unicitatea eului corporal, care se conturează îm jurul vîrstei de 6 luni, cînd copilul, privindu-se în oglindă, reuşeşte să se recunoască (H. Wallon 1975 p47); în cea de a treia etapă se finalizează prin identificarea eului corporal, pentru care copilul va trebui să parcurgă o perioadă destul de lungă, pînă să fie în măsură să-şi identifice propriul său eu corporal. Este perioada de vîrstă în care copilul vorbeşte despre sine încă la persoana a treia, afirmarea sa ca persoană făcîndu-se abia către vîrsta de 6 ani.

Copilul percepe imaginea corpului său pornind în primul rînd de la coordonate fizice şi spaţiale, situaţie în care trebuie să aprecieze distanţele, proporţiile, cît şi modul în care se poate orienta în spaţiu. Într-o a doua etapă, pornind de la propriul său corp, copilul începe să asimileze percepţiile şi reprezentările aparţinînd mediului extern sau chiar intern, în strînsă concordanţă cu unele aspecte legate de percepţia identităţii sale corporale.

Schema corporală. Relaţia dintre copil şi lumea exterioară joacă un rol esenţial în procesul de cunoaştere şi reprezentare a propriului corp. Modalităţile de înfăptuire a acestei relaţii sînt concretizate, în fapt, prin intermediul spaţiului gestual

(specific fiecărui copil), spaţiul concret al diferitelor obiecte, dar şi prin spaţiul atribuit altor persoane.

Un element de bază indispensabil la construcţia personalităţii copilului este reprezentat, mai mult sau mai puţin global, mai mult sau mai puţin specific, de propriul său corp (H. Wallon, 1959 p66).

Schema corporală trebuie să fie percepută în condiţii statice, dar şi dinamice, fapt ce permite o mai bună adaptare la spaţiu, cît şi îndeplinirea corespunzătoare a activităţilor curente, dublate de o eficientă colaborare cu cei din jur. Aceste componente vizează cunoaşterea de către copil a părţilor corpului, dar acest fapt este insuficient; el trebuie să fie capabil de a se mişca degajat, de a se simţi în largul său, de a executa mişcările cu mai multă siguranţă în toate direcţiile şi sensurile posibile.

Percepţia schemei corporale. Perceperea schemei corporale trebuie să se realizeze atît static (prin cunoaşterea diferitelor părţi ale corpului), cît şi dinamic (prin înţelegerea posibilităţilor şi limitelor pe care le are corpul), ceea ce va conduce la adaptarea copilului la spaţiu.

Orientînd în acest sens educarea sau reeducarea schemei corporale, se asigură posibilitatea ca subiectul să-şi cunoască şi să stăpînească corpul, să dobîndească o mai bună abilitate practică, iar în relaţia cu cei din jur să se constate o mai mare deschidere.

Acţionînd asupra modului în care copilul trebuie să-şi perceapă corpul, acesta trebuie să lărgească sfera cognitivă şi să cuprindă şi funcţiile de bază pe care le are la dispoziţie, de a se mişca sau de a sta nemişcat (imobilism).

Conştientizarea propriului corp. Cînd copilul este mic, mama trebuie să fie preocupată să-l iniţieze care îi sînt părţile corpului. În timpul cît face baie, atunci cînd îi spală fiecare parte a corpului, mama o denumeşte şi apoi o spală. Pe măsură ce copilul creşte şi se dezvoltă, va recepţiona mesajul şi va răspunde la solicitările mamei.

O modalitate practică o reprezintă momentul în care copilul este îmbrăcat. Atunci mama solicită fiecare parte a corpului, pentru a-l îmbrăca. În acest mod, copilul dobîndeşte capacitatea de a asocia tipul de îmbrăcăminte cu partea de corp pe care o acoperă: picior-ciorap, mînă-mănuşă, cap-căciulă etc.

Mai tîrziu, după ce copilul ajunge să cunoască părţile corpului, se trece la o altă etapă de consolidare a noţiunilor. În acest sens, se cere copilului să prezinte şi să denumească fiecare parte a corpului, pe care mama sau educatoarea o atinge cu un indicator.

Procesul de educare, pentru cunoaşterea părţilor corpului trebuie să se desfăşoare sub formă de joc, în care copilul trebuie să folosească acel segment, pe care regulile jocului îl solicită. Se solicită copilului să apuce mingea cu ambele mîini, dar să-şi modifice poziţia corpului, să treacă în aşezat, apoi culcat pe spate, pe abdomen. În acest fel copilul este obligat să deplaseze mingea în funcţie de poziţia corpului, pentru a percepe orientarea în spaţiu.

Măsurile educative sînt orientate spre o mai bună cunoaştere a părţilor corpului, concomitent cu denumirea lor, dar şi cu coordonarea segmentelor solicitate în diverse acţiuni.

Educatoarea va selecţiona, din bagajul de mijloace, acele acţiuni care sînt în măsură să conducă la realizarea scopului propus.

Copilul stînd cu ochii închişi, educatoarea atinge o anumită parte a corpului, copilul trebuie să denumească partea care a fost atinsă de către educatoare.

Fiecare copil poartă un săculeţ cu nisip (sau orice alt obiect uşor) pe umăr, pe cap, în spate etc; la un semnal copiii trebuie să schimbe locul obiectului. Acţiunea poate fi efectuată din stînd sau din deplasarea.

Se prezintă, într-un coş, componentele unor păpuşi de mărimi şi culori diferite. Se cere copilului să alcătuiască o păpuşă, care să aibă aceeaşi mărime şi culoare. Se prezintă fiecărui copil cîte un desen, reprezentînd corpul. Se cere să fie colorat cu o anumită culoare.

Conştiinţa şi controlul corpului. Mişcarea este percepută proprioceptiv de către receptorii interni, oferind imaginea internă a eului şi exteroceptiv, prin percepţii vizuale, tactile şi auditive, care dau imaginea externă a corpului.

„Trăirea corporală este baza de referinţă, în jurul căreia se organizează psihomotricitatea" (A. Lapierre, 1976, p. 364).

Experienţa psihomotrică dobîndită de către copil, va conduce la constituirea şi fixarea imaginii coerente a eului corporal, pentru a putea fi integrată în spaţiul ambiental.

Acumulînd experienţa psihomotrică, copilul cuprinde în sfera percepţiilor sale şi unele relaţii afective, de plăcere sau neplăcere. În acest context se formează şi imaginea eului corporal, care serveşte ca temelie pentru afectivitatea profundă.

Psihomotricitatea trebuie, aşadar, să fie orientată şi în direcţia trăirii corporale, fapt ce îl va stimula pe copil să înţeleagă cu ce scop sînt executate acţiunile; cum se produc şi în ce condiţii; pentru ce unele acţiuni le execută corect, iar la altele întîmpină dificultăţi; care sînt modalităţile de a dobîndi conduite motrice de fineţe, adaptate posibilităţilor sale.

Pornind de la această bază de înţelegere a noţiunii de „imagine corporală", ea poate fi definită astfel: „configuraţie globală care formează ansamblul de reprezentări, percepţii, sentimente, atitudini pe care individul le-a elaborat, vis-à-vis de corpul său, în timpul existenţei sale cînd a traversat diferite experienţe" (Marilon Brucon-Schweitzer 1987 p173).

Imaginea corpului este prezentă în fiecare etapă de creştere şi dezvoltare, fapt ce pune în joc personalitatea (eul) corporal şi lumea în care trăieşte şi se mişcă.

Achiziţia evolutivă a imaginii propriului corp se clădeşte pe acumulări variate, vizuale şi kinestezice, dar şi cognitive, afective şi sociale.

Sînt două tipuri de percepere a corpului. Prima pleacă de la proprietăţile fizice şi spaţiale ale corpului (estimarea distanţelor şi proporţiilor, orientarea spaţială), fiind definită ca imaginea „spaţială a corpului", iar cea de-a doua înglobează percepţiile, reprezentările şi efectele elaborate, plecînd de la propriul corp şi referitoare adesea la norme, satisfacţie corporală, atracţie „personală" (subiectivă/ identitate corporală percepută...) fie ca imagine „afectivă" a corpului.

Imaginea corpului pune în evidenţă aspectele subiective privitoare la experienţa corporală, ce poate fi percepută şi raportată de către individ, nu numai în

legătură cu anumite proprietăţi fizice (talie, greutate, volum, orientare...) cu care este investit, ci şi cu afecţiuni complexe, dar conştiente şi de natură auto-evaluativă.

În timpul efectuării mişcărilor se urmăreşte, cu multă atenţie, armonia şi calitatea acţiunilor, cunoscut fiind faptul că ele sînt rezultatul direcţionărilor din interior, puse în valoare prin spontaneitatea fiecărui subiect.

Această modalitate de manifestare corporală oferă condiţii optime de apreciere a modului în care segmentele subiectului sînt implicate în acţiuni, independente sau coordonate, şi dacă tonusul muscular dobîndit poate fi adaptat la actele motrice în curs de desfăşurare.

Un procedeu eficient de cunoaştere a propriului corp îl reprezintă vizualizarea în oglindă, circumstanţă în care subiectul este pus în situaţia de a se recunoaşte pe sine; de a putea analiza cît mai bine părţile corpului; de a urmări modul în care corpul şi segmentele se mişcă în spaţiu; de a înţelege corect observaţiile educatorului sau terapeutului, privitoare la maniera în care trebuie să fie executate anumite acţiuni.

De fapt, educatorul sau terapeutul urmăresc să scoată în evidenţă discrepanţa care se stabileşte între posibilităţile psihomotrice reale ale copilului şi modul în care el le valorifică în timpul procesului de educare sau reeducare, în sensul că, ***a vrea*** se situează sub nivelul lui ***a putea***, fapt ce determină ca, în final, rezultatele să se situeze sub posibilităţile lui psihomotrice.

Conştiinţa şi controlul corpului unui copil, cu probleme de formare a schemei corporale, pot fi eşalonate pe următoarele etape, vizînd:

- adaptarea copilului la conduitele şi structurile spaţio-temporale, precum şi la aspectele de ritm, ceea ce contribuie la formarea şi dezvoltarea imaginii corporale;
- conştientizarea diferitelor elemente, prin care se urmăreşte formarea unor senzaţii dobîndite prin exerciţii;
- cunoaşterea poziţiilor fundamentale, urmărindu-se execuţia cît mai corectă şi fără dificultate;
- trăirea senzaţiilor elementare, privitoare la mişcare şi imobilism; relaxarea globală şi segmentară.

Formarea şi dezvoltarea conştiinţei propriului corp parcurge etape bine definite, ce au ca punct de plecare perioade de la 0-3 ani. În această perioadă părinţii, cu precădere mama, instinctiv sau în cunoştinţă de cauză, utilizează o gamă variată de mijloace, pentru a asigura copilului bagajul motric necesar.

Cunoaşterea şi denumirea părţilor corpului

În evoluţia sa, copilul va învăţa treptat părţile corpului prin „percepţii trăite" şi prin situaţii care îl vor conduce să le utlizeze şi să le abstractizeze.

Abordînd problematica părţilor corpului, se poate considera că este de majoră importanţă a se stabili nivelul perceperii globale, axa corporală, pornind de la cap, trunchi, membre superioare şi inferioare; aprecierea nivelului percepţiei detaliate, să se pună în prim plan organele senzoriale (ochi, nas, gură, urechi), în paralel cu informaţiile oferite de extremităţile corpului (mîini, picioare); precizarea elementelor

dinamice, reprezentate de către articulaţii (gît, umeri, coate, pumni, coapse, genunchi, gleznă).

Se urmăreşte apoi stabilirea noţiunilor prin care copilul se poate orienta în spaţiu: înainte (în faţă), în urmă sau înnapoi (în spate), lateral. Aceste noţiuni vor permite copilului să se situeze ca un întreg, avînd ca axă de referinţă capul, trunchiul şi membrele.

Nu trebuie neglijat rolul vorbirii, care permite înţelegerea noţiunilor, o corectă şi precisă localizare a acestora, cît şi o execuţie corespunzătoare a mişcărilor ce vor urma.

Cunoaşterea de către copil a situării şi denumirii diferitelor părţi ale corpului, contribuie la formarea unor „senzaţii precise şi bine localizate", absolut necesare pe parcursul realizării programului de reeducare psihomotrică.

Se consideră că acest mod de abordare a cunoaşterii părţilor corpului reprezintă eseţialul, în stabilirea schemei corporale a copilului cu tulburări psihomotrice.

În momentul în care apar unele inadvertenţe, copilul este pus să repete acţiunea, dar trebuie să-şi modifice poziţia iniţială, să repete cu ochii deschişi, apoi închişi, pînă reuşeşte să stăpînească acţiunea.

Concretizarea structurilor motrice, prin intermediul cărora copilul poate valorifica înţelegerea pe care o acordă părţilor corpului, poate fi pusă în evidenţă numai printr-o organizare corespunzătoare a sistemului de acţionare.

Repetarea acţiunii de recunoaştere a părţilor corpului poate fi organizată şi sub formă de joc, la care pot participa mai mulţi copii. Plasînd copiii cîte doi faţă în faţă, iar recunoaşterea părţilor corpului să se execute în ordinea propusă de terapeut.

Într-o etapă mai avansată de lucru, se poate executa şi sub formă de comanda surpriză: mîna dreaptă pe piciorul stîng; piciorul stîng ridicat, susţinut de mîna dreaptă.

Acest sistem are rolul de a consolida noţiunile dobîndite şi de a verifica modul în care copiii răspund la comenzi.

Continuarea sistemului de cunoaştere a părţilor corpului este axată pe atingerea şi denumirea organelor şi funcţiilor senzoriale (văz, auz, miros, gust), întrebînd copilul: Pe ce ai pus mîna, pe ochi; la ce te ajută ochii, să văd! Pe ce ai pus mîna, pe nas; la ce te ajută nasul, să miros! Pe ce ai pus mîna, pe ureche, . la ce te ajută urechea, să aud! Pe ce ai pus mîna, pe gură; la ce te ajută gura, să mănînc şi să vorbesc! Copilul va regăsi totdeauna funcţia pe care o cunoaşte cel mai bine.

Se utilizează desene, schiţe sau fotografii, care redau funcţiile de bază ale organelor senzoriale. Se cere copilului să descrie poza în care, pe lîngă funcţia de bază, mai apar şi unele elemente colaterale: ochi-ochelari, nas-batistă, ureche-cască pentru a auzi muzica, gură- a gusta cu vîrful limbii.

Utilizînd aceste procedee, copilul va achiziţiona mai repede aceste noţiuni despre părţile corpului, ceea ce conduce la lărgirea posibilităţilor de corectare a unor tulburări şi dificultăţi psihomotrice.

Gama de mijloace, prin intermediul cărora copilul poate lua cunoştinţă de părţile corpului, poate fi orientat şi spre utilizarea unor acţiuni pe care le întîlneşte frecvent în activitatea sa, în timp ce prin joc se consolidează capacitatea de reţinere a unor noţiuni concrete.

• ***Pentru brațe***: lupta cocoşilor executată cu ajutorul brațelor, apoi a umerilor; a aplauda, a imita cîntatul la pian sau la acordeon; să formeze numere la telefon şi să imite convorbirea; să imite mişcarea brațelor din timpul alergării; să lovească cu coatele în masă sau în perete; să bată politicos la uşă etc.

• ***Pentru picioare***: să meargă pe loc cu genunchii ridicați; stînd în decubit dorsal să imite pedalarea la bicicletă; să stea cu coatele pe genunchi, iar palmele să sprijine capul; să meargă cu o minge elastică susținută între genunchi;

• ***Pentru trunchi***: se oferă o minge de baschet, se cere copilului să se aşeze cu abdomenul pe minge, să împingă în brațe pînă mingea ajunge aproape de bărbie, să împingă în brațe în sens invers, pînă mingea ajunge în partea de jos a abdomenului; să se întoarcă cu fața în sus şi să se plaseze cu bazinul pe minge, să stea cu spatele drept şi să se ajute de brațe şi picioare, pentru a se plimba cu tot spatele pe minge, trecînd din dreapta în stînga şi invers.

• ***Pentru controlul unor senzații:*** este invitat copilul să-şi astupe urechile cu palmele, pentru a verifica dacă aude ce-i spune terapeutul; să-şi aşeze o bandă pe ochi pentru a spune dacă mai vede ceva; este pus să sufle asupra unei mingi elastice suspendate pentru a arăta ce reprezintă expirația; „a aspira o bomboană suspendată" pentru a înțelege ce este inspirația; a scoate limba ca la doctor; a muşca dintr-un măr pentru a înțelege rolul dinților.

Rolul verbalizării. În procesul de educare, limbajul are un rol determinant, prin intermediul lui asigurîndu-se relația mediului înconjurător cu copilul. Cuvîntul este instrumentul prin intermediul căruia terapeutul intră în legătură cu copilul. Prezentînd acțiunea ce urmează a fi efectuată, terapeutul are în vedere unele elemente, de a căror valoare şi importanță depinde reuşita acțiunilor întreprinse. În acest sens, vor sta în atenție următoarele cerințe: explicațiile să fie enunțate clar, pe înțelesul copilului, pe un ton adecvat; se solicită copilului să repete indicațiile date de către terapeut, urmărind ce a înțeles, cît a reținut şi cum reuşeşte să redea din conținutul acestor indicații; i se solicită copilului să execute acțiunea aşa cum simte, aşa cum a înțeles din cele prezentate de către terapeut; se va urmări calitatea acțiunilor, modul în care reuşeşte să facă legătura între elementele verbalizate şi cele realizate practic; se urmăreşte dacă în timpul execuției au fost omise unele elemente, locul acestor omisiuni în structura acțiunii şi dacă aceste omisiuni au fost sau nu cuprinse în timpul verbalizării.

În aceste condiții, terapeutul nu trebuie să intervină pentru a corecta modul în care a fost redată acțiunea, din două motive: în primul rînd să nu creeze o stare de tensiune prin observațiile pe care le face, iar în cel de al doilea, să poată aprecia corect ce a înțeles copilul, care este capacitatea sa de a reține o acțiune şi cum poate reda o acțiune ce rezultă din capacitatea sa de prelucrare a unei informații.

Este important de urmărit şi modul în care copilul percepe părțile corpului, modalitățile de utilizare ale acestora şi raportul care există între aceste părți, atunci cînd sînt acționate simultan sau alternativ.

Atunci cînd copilul utilizează, pentru rezolvarea unor acţiuni, segmente dispersate, se constată că şi limbajul va fi imprecis, cu multe omisiuni, fiind greu de urmărit şi chiar de înţeles.

În funcţie de natura tulburărilor, de nivelul emoţional, de nivelul achiziţiilor active, de locul de origine de unde provine, care de fapt structurează comportamentul copilului pe toate planurile, terapeutul sau educatorul trebuie să-şi organizeze sistemul de mijloace, pentru a reuşi să-l facă pe copil să-şi fixeze atenţia pe exerciţiile şi jocurile ce solicită şi inteligenţa copilului, nu numai deprinderile motrice deficitare.

Educarea şi reeducarea schemei corporale

Această modalitate de cunoaştere a propriului corp, asigură copilului condiţii optime de angajare în sistemul practic de utilizare a procedeelor specifice pe plan psihomotric. În situaţia în care se constată un retard de maturizare, de cunoaştere a părţilor corpului, terapeutul are datoria de a acţiona prin mijloace specifice pentru a-i asigura posibilitatea de recunoaştere a propriului corp atît pe plan global, cît şi pe cel al motricităţii fine. Cunoscîndu-se pe sine, copilul are posibilitatea de a-l cunoaşte şi pe cel de lîngă el.

Pentru a asigura condiţii optime de însuşire a schemei corporale, terapeutul utilizează două procedee de bază: vorbirea şi acţiunea.

Vorbirea are rolul de a informa şi trezi interesul copilului pentru acţiunile ce urmează a fi efectuate, de particularizare a acestor acţiuni, de a forma imaginea verbală a acţiunilor, pe care copilul urmează să le execute.

Acţiunea, pentru a fi realizată practic, trebuie să cuprindă următoarele secvenţe: denumirea de către subiect a părţilor propriului corp; să demonstreze părţile corpului pe o păpuşă sau pe un desen; să arate părţile corpului pe terapeut; să-şi prezinte părţile corpului privind în oglindă; să demonstreze care sînt funcţiile aparatelor: respirator, auditiv, vizual, olfactiv; să demonstreze funcţiile mîinilor, picioarelor, capului, spatelui, bazinului; să demonstreze din ce părţi componente poate să refacă o păpuşă(G. B. Soubiran, 1975 p104).

Unii autori (A De Meur, G. B. Soubiran) consideră că lucrul în grup conduce la o mai rapidă formare a imaginii corpului. În aceste condiţii, copiii pot demonstra că se adpatează mai bine la cerinţele terapeutului, întrucît ei trebuie să verbalizeze fiecare acţiune. Atunci cînd apar ezitări sau chiar erori, copiii sînt cei care trebuie să vină cu corectivele necesare.

O modalitate reală de exprimare a modului în care copilul a înţeles funcţiile pe care le îndeplineşte fiecare segment, a modului în care grupele musculare acţionează pentru a concretiza mişcarea segmentului în cauză, are la bază poziţia decubit dorsal cu membrele superioare şi inferioare în uşoară abducţie, cu ochii închişi; teraputul cu un indicator în mînă, atinge anumite părţi ale corpului, copilul trebuie să execute mişcările principale pe care le efectuează, în mod obişnuit, acel segment*.

Spre exemplu, se atinge laba piciorului; copilul trebuie să execute mişcările ce se pot executa la acel nivel (flexie plantară, dorsală, pronaţie şi supinaţie). Gama largă de acţiuni pe care le poate utiliza terapeutul îi oferă condiţii ca, pe lîngă modul în care

* Indicatorul este viu colorat, ţinut de terapeut pe masa de lucru. Se solicită copilului să-l aducă pentru a nu-i provoca teama de a fi lovit.

copilul este în măsură să angajeze în contracţie fiecare segment, mai intervine şi funcţia de relaxare. În aceste condiţii, se formează o imagine mai clară asupra modului în care segmentele acţionează pentru realizarea funcţiilor de bază, specifice membrelor superioare şi inferioare. Pentru a facilita înţelegerea de către copil a schemei corporale, a modului în care părţile corpului îndeplinesc anumite funcţii, terapeutul introduce în program acţiuni motrice cu implicarea selectivă a aparatului locomotor.

Pentru grupa de vîrstă de la 5 la 7-8 ani (în condiţiile unor tulburări psihomotrice) organizarea acestor acţiuni prezintă o particularitate metodică, ce constă în asocierea mişcărilor cu denumiri cunoscute de către copil. Se utilizează acest sistem de acţionare cu scopul de a-i îmbogăţi vocabularul; de a localiza mai precis partea de corp ce urmează a fi implicată în mişcare; de a realiza cît mai multe asocieri care să-i trezească interesul (spre exemplu: mînă – mănuşă, cap – căciulă sau pălărie, picior – gheată sau pantof, ochi – ochelari etc.).

Mişcări ale membrelor superioare

Membrul superior este cel mai complex organ al aparatului locomotor avînd posibilitatea de a efectua o mare varietate de mişcări. Membrul superior, prin structura sa, prin articulaţiile sale (umăr, cot, mînă, degete) poate executa mişcări în direcţii şi planuri diferite, oferind mîinii posibilitatea de a acţiona în funcţie de ţelul urmărit. Mişcările membrului superior, în principal, sînt de flexie – extensie, abducţie-adducţie, rotaţie iar la nivelul antebraţului şi a mîinii sînt mişcările de pronaţie şi supinaţie, ceea ce asigură o largă posibilitate de apucare şi manevrare a obiectelor.

Pentru a-l determina pe copilul cu tulburări psihomotrice să înţeleagă mai bine acţiunea ce urmează a fi efectuată, pe lîngă demonstraţia efectuată de terapeut, sub raport metodic, este potrivit să se utilizeze procedeul de asociere a mişcărilor cu denumirea diferitelor fenomene şi acţiuni din realitatea pe care o trăieşte şi care îi oferă posibilitatea de a percepe mai bine schema corporală.

Mişcări de îndoire a braţelor

• *Să privim braţele* – stînd depărtat, braţele pe lîngă corp:
1. îndoirea braţelor cu mîinile pe cap; 2. întinderea braţelor oblic în sus, privirea după braţe; 3. îndoirea braţelor cu mîinile pe umeri; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Întindem elasticul* – stînd depărtat cu pumnii strînşi, braţele pe lîngă corp:
1. ducerea braţelor înainte; 2. aducerea braţelor lateral cu arcuirea braţelor; 3. revenire la poziţia iniţială.

• *Boxăm* – stînd depărtat, braţele îndoite la piept, pumnii strînşi:
1. întinderea braţului drept înainte; 2. revenirea braţului drept în timp ce braţul stîng se duce spre înainte; 3. revenirea braţului stîng la piept şi întinderea braţului drept; 4.revenire la poziţia iniţială.

• *Culegem fructe* – stînd:
1-2. ridicare braţelor prin înainte în sus, palmele faţă în faţă; 3. îndoirea braţelor pînă la nivelul umerilor; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Aplaudăm sus şi jos* – stînd depărtat:

1-2. ducerea braţelor prin lateral în sus cu două bătăi din palme deasupra capului; 3. coborîrea braţelor şi executarea unei bătăi cu palmele pe coapse; 4. revenire la poziţia iniţială.

Mişcări de întindere a braţelor

• *Sîntem mari* – stînd cu braţele îndoite, mîinile pe umeri:

1-2. ridicare pe vîrfuri cu intinderea braţelor oblic în sus, privirea după braţe; 3. uşoară arcuire a braţelor; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Aprinde chibritul* – stînd, braţele îndoite, mîinile la piept:

1. întinderea braţelor înainte, pumnii strînşi şi apropiaţi; 2. imitarea aprinderii chibritului şi ducerea braţelor în lateral; 3. ducerea braţelor înainte şi înapoi; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Bate palmele* – stînd depărtat, braţele îndoite, mîinile pe umeri:

1-3. ducerea braţelor înainte cu două bătăi din palme; 4. revenire la poziţia iniţială; 5-7. ducerea braţelor în sus, deasupra capului cu două bătăi din palme; 8. revenire la poziţia iniţială.

• *Fluturele zboară* – stînd, braţele îndoite, mîinile pe umeri:

1. ducerea braţelor în lateral oblic în sus; 2. ducerea braţelor oblic în jos; 3. revenire cu braţele oblic în sus; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Împinge dulapul* – stînd depărtat, antebraţele îndoite şi lipite de corp, palmele orientate înainte:

1-3. întinderea lentă a braţelor, imitînd împingerea unui obiect; 4. revenire la poziţia iniţială.

Deplasarea în diferite planuri a braţelor

• *Să dirijăm circulaţia* – stînd:

1. aducerea braţului drept lateral, palma orientată spre înainte; 2. ducerea braţului stîng prin înainte în sus, palma orientată spre înainte; 3. apropierea braţului drept de corp; 4. coborîrea prin înainte în jos a braţului stîng.

• *Foarfeca* – stînd depărtat, braţele întinse înainte, palmele în jos:

1-3. (sau 1-7) forfecarea braţelor în plan orizontal (forfecarea poate fi la început mai mică, treptat se poate ajunge cu braţele în lateral); 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Întindem rufele la uscat* – stînd depărtat:

1. ridicarea braţelor oblic înainte sus; 2-3. ducerea braţelor sacadat, în lateral sus; 4.revenire prin lateral la poziţia iniţială.

• *Deşteptarea* – stînd depărtat:

1. ridicarea braţelor prin lateral în sus; 2. încleştarea degetelor şi răsucirea palmelor în sus; 3. întinderea braţelor în sus, cu degetele încleştate; 4. revenire la poziţia iniţială cu ducerea braţelor prin lateral în jos.

• *Să respirăm* – stînd:

1-2. ridicarea braţelor prin înainte în sus, cu uşoară extensie a trunchiului şi ridicare pe vîrfuri, cu inspiraţie; 3-4. revenire la poziţia iniţială cu expiraţie.

Rotarea brațelor

• *Morișca* – stînd depărtat cu brațele lateral:
1-3. rotarea brațelor prin înainte, în jos, înapoi în sus; 4. revenire la poziția inițială (se poate executa și invers, 5-8).

• *Locomotiva* – stînd, antebrațele îndoite, pumnii strînși:
1-2. ducerea brațului drept întins înainte, simultan cu ducerea brațului stîng îndoit înapoi în sus; 3-4. se repetă mișcarea în care brațul stîng se duce întins înainte, brațul drept înapoi în sus; 5-8. se repetă mișcările brațelor.

• *Cocoșul bate din aripi* – stînd depărtat:
1. ducerea brațelor în lateral; 2-3. ușoară lovire a palmelor de coapse; 4. revenire la poziția inițială.

• *Elicea* – stînd depărtat, brațele în lateral
1-3. rotarea brațelor prin lateral în sus și coborîrea lor cu încrucișare în față; 4. revenire la poziția inițială.

• *Mișcăm din umeri* – stînd depărtat cu brațele libere pe lîngă trunchi:
1. ridicarea umerilor; 2. coborîrea lor; 3-4. rotarea umerilor înainte; 5-6. rotarea umerilor înapoi; 7-8. ridicarea și coborîrea umerilor .

Mișcări ale membrelor inferioare

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, atenția trebuie să fie orientată și asupra modului în care copilul își menține corpul în poziție ortostatică. Baza de menținere a acestei poziții o reprezintă membrele inferioare.

Rolul terapeutului nu este să impună o „atitudine corectă" voluntară, care ar fi inutilizabilă în circumstanțe normale, ci să-i furnizeze elemente perceptiv-motrice care să-i permită să construiască el însuși poziția naturală, adaptabilă la orice situație Pentru a-l pregăti pe copil pentru a dobîndi capacitatea de a acționa în direcția corespunzătoare, terapeutul folosește o serie de exerciții pregătitoare care, prin structura lor constribuie atît la dezvoltarea tonusului muscular, cît și la reglarea automată a tonusului postural.

Mișcări de îndoire a picioarelor

• *Pompări* – stînd, brațele îndoite la piept, pumnii strînși:
1-2. ghemuire cu întinderea brațelor în jos; 3-4. revenire lentă la poziția inițială.

• *Cercul mare* – stînd cu brațele îndoite, mînile pe șolduri:
1. ridicare pe vîrfuri, cu aducerea brațelor prin înainte sus; 2-3. coborîrea brațelor prin lateral în jos în sprijin ghemuit; 4. revenire în poziția inițială.

• *Cocoșelul țanțoș* – stînd:

1. ducerea braţelor întinse înainte, odată cu ridicarea piciorului drept înainte, îndoit; 2-3. ducerea braţelor întinse în lateral simultan cu întinderea piciorului drept spre înapoi; 4. revenire la poziţia iniţială. Acelaşi exerciţiu şi cu piciorul stîng.

• *Să ne încălzim la foc* – stînd:
1. ducerea braţelor întinse înainte cu palmele orientate în jos; 2-3. ghemuire cu răsucirea palmelor în sus şi în jos; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Mergem ca soldaţii* – stînd: mers pe loc cu ridicarea alternativă a genunchilor cît mai sus, cu balansarea braţelor (braţ şi picior opus)

Mişcări ale picioarelor din poziţia decubit dorsal

• *Ghemul* – decubit dorsal (culcat pe spate), braţele întinse în lateral:
1-2. îndoirea picioarelor cu aducerea genunchilor la piept, apucarea gleznelor cu mîinile; 3-4. revenire lentă la poziţia iniţială.

• *Bicicleta* – decubit dorsal, cu braţele în lateral, palmele sprijinite pe sol:
1-6. îndoirea şi întinderea alternativă a picioarelor (imitînd mersul pe bicicletă); 7-8. revenire la poziţia iniţială.

• *Să batem toba* – decubit dorsal cu picioarele îndoite, tălpile pe sol, braţele îndoite, mîinile la ceafă:
1-4. lovirea alternativă a solului cu tălpile; 5-8. lovirea simultană a solului cu vîrful picioarelor.

• *Deschide şi închide foarfeca* – decubit dorsal, picioarele întinse şi apropiate, braţele întinse pe langă corp, palmele pe sol:
1-4. depărtarea şi apropierea picioarelor (imitînd deschiderea şi închiderea foarfecelui); 5-8. forfecare pe verticală – ridicarea şi coborîrea alternativă a picioarelor.

Mişcări ale trunchiului

Educînd musculatura trunchiului, se asigură dobîndirea de către copil a unei atitudini corecte şi echilibrate. Pentru a obţine interiorizarea senzaţiilor de control postural, exerciţiile se axează pe mobilizarea musculaturii trunchiului cu minimum de efort. Pentru a forma capacitatea de menţinere a unei atitudini corecte, vor fi utilizate imagini şi procedee pe care copilul să le înţeleagă şi să le execute fără nici o dificultate.

Mişcări de îndoire a trunchiului

• *Ceasul* – stînd depărtat cu braţele îndoite, mîinile pe şolduri:
1. îndoirea trunchiului la dreapta; 2. revenire; 3. îndoirea trunchiului la stînga; 4. revenire.

• *Raţuşca* – stînd depărtat, braţele pe lîngă corp:
1-2. îndoirea trunchiului spre dreapta cu lăsarea greutăţii pe piciorul drept uşor îndoit; 3-4. revenire la poziţia iniţială; 5-8. aceleaşi exerciţii şi spre stînga.

• *Cîntarul* – stînd depărtat, brațele pe lîngă corp:
1. îndoirea trunchiului la dreapta odată cu ducerea brațelor în lateral, palmele orientate în sus; 2. revenire; 3-4. aceleași exerciții spre stînga.

• *Elefantul bea apă* – stînd depărtat, brațele sus, degetele încleștate:
1-2. îndoirea trunchiului înainte și atingerea solului cu mîinile cît mai departe de picioare (genunchii întinși); 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Tăiem lemne* – stînd depărtat, brațele înainte – jos, degetele încleștate:
1-2. ridicarea brațelor în sus cu ușoară extensie a capului; 3-4. îndoirea trunchiului înainte odată cu ducerea brațelor înainte în jos; 5-6. îndreptarea trunchiului cu ducerea brațelor sus; 7-8. revenire la poziția inițială.

Mișcări de trunchi din poziția așezat

• *Vîslașii* – așezat, brațe îndoite, mîinile la piept:
1-2. îndoirea trunchiului înainte odată cu întinderea brațelor, atingînd cu mîinile vîrfurile picioarelor; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Telefonistul* – așezat cu picioarele îndoite, palmele sprijinite pe genunchi:
1-2. aplecarea trunchiului înainte cu răsucirea capului spre dreapta și sprijinirea urechii stîngi pe genunchi; 3-4. revenire; 5-8. aceleași mișcări în partea opusă.

• *Ascunde capul* – așezat cu picioarele încrucișate, palmele sprijinite pe genunchi:
1-2. îndoirea trunchiului înainte, atingînd solul cu fruntea; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Țestoasele* – așezat cu brațele îndoite, mîinile la piept, pumnii strînși:
1-2. îndoirea trunchiului înainte cu întinderea brațelor (genunchii rămîn întinși); 3-4. arcuire, atingînd cu mîinile vîrfurile picioarelor; 5. revenire; 6-7. extensia trunchiului cu arcuirea brațelor în lateral; 8. revenire la poziția inițială.

Mișcări de trunchi din poziția de decubit ventral

• *Melcul* – decubit ventral (culcat înainte), brațele îndoite cu coatele sprijinite pe sol:
1-2. ridicarea trunchiului cu sprijin pe antebrațe, palmele pe sol; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Aviatorul* – decubit ventral, brațele în lateral:
1-2. extensia trunchiului (cu ridicarea cît mai sus a capului, a pieptului și a brațelor); 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Bărcuța* – decubit ventral, genunchii mult îndoiți și depărtați, brațele înapoi, apucat cu mîinile de glezne, trunchiul în extensie:
1-3. rularea pe partea anterioară a trunchiului (spre cap și spre picioare); 4. revenire la poziția inițială.

• *Înotătorul* – decubit ventral, braţele îndoite, mîinile sprijinite pe sol la nivelul pieptului:
1-3. ducerea braţelor prin lateral înainte, capul şi trunchiul în uşoară extensie; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Pe plajă* – decubit ventral, braţele îndoite, capul sprijinit pe palmele suprapuse:
1-2. întinderea braţelor în lateral cu ridicarea capului în extensie; 3-4. revenire la poziţia iniţială.

Mişcări de aplecare a trunchiului

• *Bem apă de la izvor* – pe genunchi stînd, palmele pe sol:
1-2. îndoirea braţelor şi aplecarea trunchiului spre înainte pînă se ajunge cu pieptul pe sol; 3-4. revenire la poziţia iniţială.

• *Rindeaua* – stînd depărtat, braţele îndoite, mîinile la piept, pumnii strînşi:
1-2. aplecarea trunchiului înainte la 45° cu întinderea braţelor spre înainte cu degetele încleştate; 3. ridicarea trunchiului şi a braţelor; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Crăpatul buştenilor* – stînd depărtat cu braţele sus, degetele încleştate:
1-3. coborîrea braţelor şi îndoirea energică a trunchiului spre înainte; 4. revenire la poziţia iniţială.

• *Salutul* – stînd:
1-2. pas înapoi cu piciorul drept, genunchiul uşor îndoit (greutatea repartizată pe piciorul drept), piciorul stîng întins înainte sprijinit cu vîrful pe sol, braţele duse înapoi, trunchiul aplecat înainte la 45°; 2-3. revenire la poziţia iniţială.

• *Struţul* – stînd:
1. ghemuit cu mîinile sprijinite pe sol între genunchii depărtaţi; 2-3. aplecarea trunchiului înainte cu ducerea capului între genunchi; 4. revenire la poziţia iniţială.

Mişcări de răsucire a trunchiului

• *Păpuşa de lemn* – stînd cu braţele întinse înainte:
1. lovirea palmelor în faţă; 2-3. răsucirea trunchiului spre dreapta, cu ducerea braţelor în lateral; 4. revenire la poziţia iniţială; 5-8. acelaşi exerciţiu şi spre stînga.

• *Cositul* – stînd depărtat, braţele înainte în jos, pumnii strînşi:
1-2. îndoirea trunchiului la 45° cu răsucirea lui spre dreapta odată cu ducerea braţelor şi a capului în direcţia răsucirii, genunchiul stîng uşor îndoit; 3-4. revenire energică la poziţia iniţială; 5-8. acelaşi exerciţiu şi spre stînga.

• *Poc, poc* – stînd depărtat:
1. răsucirea trunchiului spre dreapta, cu ducerea braţelor în lateral; 2-3. două bătăi din palme; 4. revenire la poziţia iniţială.

Conştientizarea poziţiilor fundamentale

Prin poziţie se înţelege posibilitatea de a aprecia modul în care corpul este situat în spaţiu, în raport de unele repere bine stabilite sau după părţile cu care vine în contact cu suprafaţa de sprijin, pentru a-i asigura stabilitate şi a-i oferi condiţii optime de efectuare a mişcărilor segmentare sau cu corpul în integritatea sa.

După A. Lapierre (1975, p. 293), poziţia naturală nu este nici conştientă, nici voluntară, ea constituie un mod de reacţie personală la un stimul constant: greutatea.

Diversitatea poziţiilor îl pune pe copil în situaţia de a înţelege, că poziţionarea corpului şi a segmentelor sale solicită anumite grupe de muşchi şi articulaţii pentru a realiza poziţia respectivă, în timp ce alte grupe de muşchi şi articulaţii nu sînt implicate în acţiune. Copilul va trebui să înţeleagă că adaptarea corpului la diferite poziţii implică stăpînirea corespunzătoare a aparatului locomotor; orientarea segmentelor şi a corpului în funcţie de scopul urmărit; stabilirea succesiunii în care sînt angrenate în mişcare părţile corpului pentru a finaliza acţiunea propusă; coordonare între diferitele părţi ale corpului, pentru a obţine fluenţă şi eficienţă în mişcare, cît şi o corectă orientare în spaţiu; precizarea părţilor corpului care asigură stabilitatea în faza finală a acţiunii comandate.

Procesul de pregătire a copilului are menirea de a conştientiza senzaţiile musculare, pe care acesta le percepe în timpul efectuării acţiunilor motrice.

Atenţia terapeutului trebuie să fie orientată, cu precădere, asupra nivelului de înţelegere a modalităţilor de poziţionare a corpului şi segmentelor sale, în funcţie de modelul prezentat, şi să verifice, în acelaşi timp, modul în care copilul poate să verbalizeze acţiunea, urmărind să fie bine precizată poziţia capului şi trunchiului, apoi cea a membrelor superioare şi inferioare. Terapeutul trebuie să-l facă pe copil să înţeleagă că stabilitatea este principalul motiv pentru care sînt preferate ca poziţii de bază poziţiile de decubit (culcat), aşezat şi stînd.

Poziţia de decubit

Fiind în discuţie copilul cu tulburări sau dificultăţi motrice, cu o paletă largă de forme de manifestare, terapeutul este obligat să găsească modalitatea cea mai potrivită de a-l conduce treptat pe copil în situaţia de a adopta poziţia de decubit dorsal. În funcţie de particularităţile de diagnostic diferenţial, terapeutul poate utiliza acest procedeu sau unul mai simplificat, în condiţiile în care copilul nu răspunde decît relativ corect la comenzi.

Reţinerea de către copil a modului în care se poate plasa în decubit dorsal oferă condiţii de a corela această poziţie cu diferite acţiuni ale membrelor superioare şi inferioare, asociate şi cu dirijarea respiraţiei.

Din poziţia de decubit dorsal, se cere apoi copilului să se întoarcă pentru a ajunge în decubit ventral, deci cu sprijin pe abdomen şi torace. După ce se obişnuieşte şi cu această poziţie, copilul este pus în situaţia de a se întoarce singur pe o parte, pentru a ajunge în decubit lateral dreapta sau stînga. Plasat în una din aceste poziţii, copilul este solicitat să efectueze mişcări ale membrelor superioare şi inferioare, pentru a evalua care sînt posibilităţile de a acţiona şi ce exerciţii nu pot fi efectuate din poziţiile de decubit.

Poziţia aşezat

Îl solicită pe copil să mobilizeze cu precădere trunchiul şi membrele inferioare şi mai puţin cele superioare. Terapeutul trebuie să urmărească modul în care copilul acţionează pentru a adopta această poziţie. Se va avea în vedere modul în care copilul flectează genunchii şi trunchiul, cum orientează bazinul în funcţie de locul pe care urmează să se aşeze, şi dacă asociază în mişcare şi membrele superioare

Se urmăreşte ca articulaţiile trunchiului, şoldului, genunchilor şi labei piciorului, implicate în poziţia aşezat, să fie în unghi de 90°.

Sistemul de mijloace prin care se poate acţiona pentru a obişnui copilul să menţină o poziţie corectă este destul de variat, jocul fiind considerat cea mai potrivită cale de a valorifica, cu bune rezultate, poziţia în aşezat a corpului, în funcţie de tema stabilită şi de mijloacele ajutătoare utilizate.

Poziţia stînd

Oferă copilului posibilitatea de a aprecia din ortostatism verticalitatea corpului său, a sprijinului ce şi-l asigură pe tălpile picioarelor sale, cît şi posibilităţile de cuprindere cu privirea a cît mai multor repere din mediul său înconjurător.

Plasat în faţa oglinzii, copilul începe să perceapă modul în care sînt plasate în spaţiu toate părţile corpului său. Pentru a întări imaginea de verticalitate şi de poziţie corectă, se cere copilului să se lipească cu spatele de un perete, punîndu-l în situaţia de a menţine spatele drept, capul lipit de perete, picioarele să fie apropiate, să simtă peretele pe toată lungimea corpului său. Este modalitatea sigură, prin care copilul poate înţelege cel mai bine ce reprezintă şi cum se realizează poziţia corectă de stînd în picioare.

Poziţia de repaus dintre aceste exerciţii se realizează tot în poziţia stînd, cu un picior dus în lateral sau uşor în faţă şi cu braţele lăsate liber în jos pe lîngă corp.

Metodologia educării sau reeducării poziţiilor fundamentale

Formarea la copil a unei imagini reale despre corpul său şi, mai ales, despre posibilităţile de care dispune pentru a-şi asigura un loc în spaţiu, şi a efectua anumite acte motrice în acord cu ţelul propus, este un deziderat *sine qua non*. Acţionînd pentru a educa sau reeduca poziţiile fundamentale, terapeutul trebuie să-l determine pe copil să înţeleagă că în structura fiecărei poziţii trebuie cuprinse numai acele mişcări pe care corpul şi segmentele sale le pot efectua. Acţiunile motrice, după cum se ştie, sînt multiple şi complexe, iar însuşirea lor necesită o îndelungată prelucrare metodică.

Terapeutul are datoria de a-l determina pe copil să înţeleagă că însuşirea poziţiilor fundamentale îi oferă o serie de avantaje, ce se concretizează prin libertatea de a acţiona în limita experienţei motrice dobîndite pînă în acel moment, posibilitatea de a manevra obiectele pe care le foloseşte în activităţile sale curente; capacitatea de a angaja corpul şi segmentele sale, pentru a depăşi unele situaţii mai dificile, precum şi prin modalitatea de a urmări cu privirea unele acţiuni fie pentru a le înţelege şi repeta fie pentru a-şi corecta propriile greşeli.

Activitatea de formare a deprinderilor de a se poziţiona în spaţiu, în funcţie de obiectivul terapeutic urmărit, trebuie să se bazeze pe cunoaşterea posibilităţilor copilu-

lui de a se adapta la cerinţele impuse, dar şi pe însuşirea treptelor metodice de predare a acestor acţiuni.

Pentru a-şi forma o imagine cît mai corectă asupra poziţiilor pe care copilul trebuie să le execute, terapeutul are la dispoziţie două soluţii. În prima dintre acestea, el demonstrează poziţia ce urmează a fi însuşită de copil, urmată de execuţia, chiar şi în grup, a acestei poziţii, luînd drept model poziţia pe care terapeutul o menţine; după comanda de repaus se trece le execuţia şi corectarea individuală a acţiunii. În cea de-a doua se prezintă copilului nişte schiţe sau fotografii, pe care copilul trebuie să imite imaginile prezentate; terapeutul are posibilitatea de a corecta o eventuală execuţie greşită. Trebuie precizat că desenele sau fotografiile trebuie clasificate separat, pe fiecare din poziţiile ce urmează a fi însuşite de către copil. Prezentarea desenului sau a fotografiei trebuie să fie însoţită şi de verbalizarea de către educatoare sau terapeut a poziţiei ce trebuie executată, făcîndu-se precizări asupra orientării în spaţiu a fiecărei părţi a corpului. În acest mod, copilul îşi însuşeşte, pe lîngă denumirea poziţiei, şi modalitatea de execuţie cît mai corectă.

După un număr de repetări, timp în care copilul este angrenat şi în alte activităţi, repetarea poziţiei se efectuează fără a mai avea modelul în faţă. Se urmăreşte, astfel, modul în care copilul a reţinut poziţia, calitatea execuţiei şi eventualele greşeli în executarea poziţiei respective.

Pentru a reuşi fixarea cunoştinţelor legate de o anumită poziţie şi pentru a fi executată cu plăcere şi interes de către copii, orice acţiune se organizează sub formă de joc, prin intermediul căruia poziţiile pot fi repetate cu rezultate dintre cele mai bune.

În activitatea practică, poziţia care asigură posibilitatea de declanşare a unei mişcări sau de recepţionare a unui obiect este denumită *poziţie fundamentală*. Această poziţie este, în general, statică.

Poziţiile derivate

Poziţiile fundamentale cuprind o gamă largă de mişcări ale corpului şi ale segmentelor sale pentru a se adapta la specificul actului motor ce urmează a fi desfăşurat sau care se efectuează prin valorificarea corespunzătoare a caracteristicilor mişcării (spaţiale, temporale sau structurale).

Procesul de educare sau reeducare psihomotrică este orientat în direcţia însuşirii, reţinerii şi utilizării poziţiilor fundamentale, cu scopul de a reface funcţiile motrice pierdute în caz de boală sau insuficient dezvoltate, urmare a tulburărilor sau dificultăţilor pe plan psihomotric.

Promovarea mişcărilor sau controlul motor cuprind acele componente care, prin structura lor, contribuie la refacerea capacităţii motrice a copilului.

Mobilitatea este definită ca fiind capacitatea de a concepe şi efectua o mişcare, cu toată amplitudinea ei fiziologică. Terapeutul, avînd stabilite cauzele care au generat tulburările de psihomotricitate, orientează procesul de educare sau reeducare şi în direcţia refacerii mobilităţii articulare şi a forţei musculare.

Stabilitatea reprezintă aptitudinea de a păstra posturilor gravitaţionale şi antigravitaţionale cît şi atitudinile ortostatice ale corpului. Stabilitatea este dobîndită ca urmare a îndeplinirii a două condiţii:

– reflexele tonice posturale trebuie să asigure condițiile optime pentru realizarea unor contracții eficiente în zona de scurtare a mușchilor, atît pentru a învinge gravitația cît și rezistența manuală a terapeutului;
– cocontracția, în sensul unei contracții sincrone a grupelor musculare din jurul unei articulații pentru a asigura echilibrul în posturile de încărcare și a facilita menținerea corpului în poziție ortostatică.

Mobilitatea controlată este iscusința de a efectua mișcările, în condițiile în care segmentele distale sînt fixate pentru a menține greutatea corpului, în timp ce unele părți ale corpului se mișcă în jurul axului longitudinal. În aceste condiții, trebuie asigurat un deosebit control al stabilității și echilibrului. Mobilitatea controlată necesită obținerea unei forțe musculare la limita disponibilă de mișcare; promovarea unor reacții de echilibru în balans; dezvoltarea abilității de utilizare a amplitudinii funcționale de mișcare atît în articulațiile proximale, cît și în cele distale.

Abilitatea este cel mai înalt nivel al controlului motor, putînd fi apreciată ca fiind capacitatea de „manipulare și exploatare a mediului înconjurător". În timp ce părțile proximale ale membrelor asigură stabilitatea dinamică, orientînd mișcările membrului în direcția potrivită, părțile distale (mînă și laba piciorului) au o mare libertate de mișcare, de acțiune.

Se poate concluziona că, prin această libertate de mișcare în afara posturii sau locomoției abilitatea conferă corpului capacitatea de a se adapta cel mai bine la o mare diversitate de solicitări, pentru a fi executate cu precizie, rapiditate și eficiență (T. Sbenghe, 1987, p. 197).

Atitudinea corectă a corpului

Atitudinea corectă poate fi exprimată prin suma componentelor corporale care, privite în anasamblu, scot în evidență dispunerea simetrică a capului, trunchiului și membrelor superioare și inferioare.

Aprecierea capacității de menținere a unei atitudini corecte se analizează pe plan frontal și sagital.

În plan frontal, se constată dispunerea componentelor în următoarea ordine: capul și gîtul sînt situate în ordine proximo-distală pe linia mediană a corpului; umerii sînt situați la același nivel, iar claviculele sînt orizontale, paralele cu suprafața de sprijin; trunchiul este corect plasat atunci cînd este vertical și simetric față de axa mediană; bazinul și membrele inferioare sînt considerate cele mai importante componente, care asigură simetria frontală a corpului.

În plan sagital se constată prezența curburilor fiziologice la nivelul coloanei vertebrale: cervicală, dorsală, lombară, sacrală.

Analiza modalităților de mișcare a corpului în plan anterior și posterior relevă faptul că planul anterior se caracterizează prin mobilitate funcțională, în care mișcările au amplitudine cu notă dominantă pentru prono-flexie, în timp ce planul posterior asigură corpului stabilitatea, iar mișcările sînt de amplitudine mică, sub formă de extensie și retropulsie a corpului și membrelor.

Membrele superioare se remarcă printr-o mare libertate de mișcare, în timp ce membrele inferioare, împreună cu bazinul, sînt considerate ca fiind „cheia atitudinii corecte".

Axa corpului porneşte de la mastoidă, acromion, marele trohanter, mijlocul feţei externe a genunchiului şi prin vîrful maleolei peroniere. Linia este uşor înclinată spre înainte (5°) faţă de verticala geometrică.

Formarea reflexului de atitudine corectă poate fi realizată prin intermediul unor exerciţii care, prin conţinutul lor şi prin modul în care copilul le utilizează, contribuie la dobîndirea unei imagini concrete şi a obişnuinţei de a menţine corpul într-o poziţie corespunzătoare. În acest scop sînt recomandate următoarele exerciţii:

– stînd cu spatele lipit de un perete, braţele pe lîngă corp; ducerea braţelor prin lateral în sus, cu menţinerea permanentă a contactului cu peretele, privirea orientată spre înainte; se atrage atenţia copilului că trebuie să menţină spatele în contact cu peretele pe toată lungimea sa; revenire la poziţia iniţială;
– stînd cu spatele lipit de perete, cu braţele în lateral, flectarea genunchilor pînă atinge cu bazinul călcîiele (care sînt ridicate de pe sol, laba piciorului fiind în sprijin pe vîrfuri); în timpul flectării genunchilor braţele se menţin lipite de perete, spatele alunecă pe perete, menţinînd contactul cu acesta; revenirea este lentă, prin întinderea picioarelor şi alunecarea trunchiului pe perete, braţele revin în lateral;
– stînd cu spatele lipit de perete, braţele pe lîngă corp; se execută un pas înainte, cu ducerea braţelor în lateral; se apropie şi celălalt picior, o dată cu ducerea braţelor înainte; din această poziţie copilul execută o inspiraţie, ducînd braţele lent, oblic în sus, iar un picior execută pasul înapoi, lîngă perete; se duc braţele prin lateral în jos, cu expiraţie şi se apropie şi celălalt picior de perete;
– aşezat, spatele sprijinit de perete, cu picioarele întinse, mîinile pe şolduri; flectarea genunchilor prin alunecarea tălpilor pe sol, o dată cu ducerea braţelor prin înainte în sus, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, respiraţie;
– decubit dorsal, picioarele apropiate, genunchii uşor flectaţi, braţele pe lîngă corp, mîinile în supinaţie, ducerea braţelor prin lateral în sus cu inspiraţie, revenirea la poziţia iniţială cu expiraţie; mîinile, în timpul alunecării pe sol, sînt menţinute în supinaţie.

Perturbarea reflexului de atitudine corectă a corpului la copiii cu tulburări psihomotrice

Tulburările de psihomotricitate se regăsesc în starea patologică a activităţii cerebrale, fiind consecinţa unor procese morbide, ce au acţionat asupra sistemului nervos. În condiţiile în care procesul patologic afectează zonele de coordonare a actelor motrice, consecinţele sînt dintre cele mai defavorabile pentru copil, manifestîndu-se prin tulburări de echilibru, de coordonare şi de vorbire, care, după gradul de gravitate, determină o scădere de nivel variabil a capacităţii funcţionale a organismului.

Tulburările de atitudine a corpului pot avea la origine nu numai deficienţe fizice, ci, în egală măsură, şi starea de înapoiere mentală a copilului. Copilul cu tulburări psihomotrice prezintă o slabă dezvoltare a sistemului de comunicare, a atenţiei şi a memoriei, iar voinţa sa este deficitară. Ceea ce caracterizează acest copil este lipsa de control asupra actelor sale motrice şi mai ales asupra atitudinii corporale pe care trebuie să o adopte. Acest fapt este consecinţa instalării unor tulburări cu interesarea,

în principal, a coloanei vertebrale, care conduc, în final, la statornicirea unor deficienţe de genul: cifoze, lordoze, scolioze, torticolis ş.a.

Corectarea acestor deficienţe de atitudine a copilului cu tulburări psihomotrice este dificil de realizat, întrucît posibilităţile de înţelegere şi de cooperare ale acestuia în procesul de reeducare se situează mult sub nivelul copiilor normali. Aceşti copii prezintă un accentuat dezechilibru între procesele de excitaţie şi inhibiţie. Forma de manifestare a copilului la care predomină procesele de inhibiţie este legată de un comportament apatic, indiferent, fiind destul de dificil de angajat în orice fel de formă de activitate organizată.

Terapeutul, care îşi orientează procesul de reeducare pe componentele psihomotricităţii, va constata că răspunsul la acest sistem de organizare şi orientare nu apare imediat, fiind necesar un timp îndelungat şi suficient de multă insistenţă, pentru a reuşi ca, treptat, să fie valorificată această direcţionare metodică. Acţiunea terapeutului trebuie să se bazeze pe utilizarea treptelor metodice în învăţarea unor acţiuni motrice, care privesc prioritar atitudinea corectă a corpului, ceea ce va influenţa pozitiv şi alte componente ale psihomotricităţii (schemă corporală, lateralitate, orientare şi organizare spaţio-temporală).

În condiţiile în care predomină procesele de excitaţie, se constată manifestări de tipul instabilităţii, impulsivităţii sau stării de agitaţie. În asemenea situaţii, copilul nu are continuitate în acţiune, este mereu atras de alte aspecte, fie legate de mediul în care acţionează, fie imagini sau realităţi pe care le-a trăit şi care îi revin în minte. Sînt cazuri cînd, deşi continuă să răspundă pozitiv sub raport motric, modul în care asociază mişcarea cu verbalizarea (care nu are nici o legătură cu acţiunea în curs de efectuare), este un fapt ce scoate în evidenţă un alt aspect al modului, în care procesele de excitaţie se pot manifesta pe parcursul procesului de reeducare psihomotrică.

Cel de-al doilea sistem de semnalizare, cel verbal, considerat ca a doua modalitate de manifestare a unui copil, are o valoare scăzută. Posibilitatea de a executa o mişcare, pe baza instrumentării verbale, este dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, întrucît nu înţelege mesajul verbal. Copilul, în aceste condiţii, execută acţiunea numai în situaţia în care vede ce trebuie să facă şi mai ales atunci cînd terapeutul îi indică segmentul care trebuie mişcat.

Incapacitatea de a realiza formele complexe de analiză şi sinteză, îl pune pe copil în situaţia de a dobîndi cu destulă dificultate noi cunoştinţe şi deprinderi motrice. Sînt situaţii în care copilul nu poate executa grupajul de mişcări, ce are rolul de a corecta tulburările sale de atitudine corporală, decît după ce terapeutul îi indică segmentul care urmează a fi mobilizat şi direcţia în care să-l orienteze.

Pentru a asigura însuşirea unui sistem de mişcări cu caracter corectiv, este necesar ca acesta să fie planificat pe o perioadă mai lungă de timp, să fie repetat cu consecvenţă, să fie asociată demonstraţia cu verbalizarea acţiunii, iar greşelile să fie corectate imediat, pentru a forma deprinderi de mişcare cît mai apropiate de sfera normalului.

Educarea respiraţiei

Terapeutul, în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică, trebuie să acorde o atenţie adecvată şi modului în care copilul respiră în timpul efortului, cît şi după efort, contribuind la liniştirea organismului şi la asigurarea unei stări de bine, propice refacerii capacităţii de efort. Se motivează introducerea acestui

obiectiv, prin aceea că exercițiile de respirație ample, profunde, contribuie la o mai bună oxigenare a sistemului nervos și a întregului organism, ceea ce conduce la captarea atenției și la ridicarea stării emoționale a copilului. În acest mod, se ameliorează ventilația pulmonară, din ce în ce mai necesară copilului pentru celelalte activități, pe care le va desfășura în timpul zilei.

Clasificarea tipurilor de respirație

Mișcările respiratorii sînt complexe și variate, fiind determinate de particularitățile de vîrstă și de sex, de poziția și mișcările corpului, de starea de sănătate, precum și de condițiile de mediu.

Specificul și caracterul mișcărilor respiratorii determină dirijarea aerului spre anumite zone pulmonare, fapt ce evidențiază tipul respirator. În funcție de zonele aerate, se disting următoarele tipuri respiratorii: tipul respirator abdominal, diafragmatic sau bazal; tipul respirator costal inferior, mijlociu sau lateral; tipul respirator costal superior sau clavicular. Aceste tipuri nu sînt perfect individualizate, aproape în toate cazurile întîlnindu-se combinații între ele.

Respirația abdominală

În timpul inspirației diafragmul coboară, exercitînd o presiune verticală asupra viscerelor din cavitatea abdominală, cît și o presiune laterală asupra ultimelor coaste. Prin coborîrea diafragmului se măresc atît diametrul longitudinal (vertical), cît și circumferința bazei cutiei toracice.

Pentru mobilizarea diafragmului, poziția adecvată este de decubit dorsal cu genunchii flectați, mîna dreaptă pe abdomen, iar mîna stîngă pe torace la nivelul sternului. Rolul mîinilor este de a controla mai bine acțiunile și chiar de a ajuta la dirijarea mișcărilor respiratorii.

Acțiunea: se închid ochii, toată atenția este orientată spre mișcarea abdomenului; aerul pătrunde pe nas fără ca aripile nazale să se miște; se încearcă „mirosirea" aerului și însoțirea lui cu gîndul spre baza plămînului, timp în care abdomenul se bombează. Trebuie subliniat faptul că poziția corectă, în timpul inspirației, este cu spatele lipit de sol; mîna stîngă, pentru început, poate exercita o ușoară presiune asupra toracelui, cu scopul de a realiza o relativă blocare a acestuia.

În expirație, se acționează invers, presînd ușor cu mîna dreaptă abdomenul, în timp ce mîna stîngă se relaxează. Trebuie amintit că timpul afectat expirației este dublu față de timpul afectat inspirației. Mai trebuie adusă în discuție și apneea (un eventual moment de reținere a respirației), acesta fiind un act voluntar, căruia i se atribuie efecte favorabile asupra oxigenării sîngelui și, implicit, a inimii și a creierului, datorită vasodilatației ce rezultă la nivelul micii circulații. Prin antrenarea sistematică a apneei, organismul se pregătește pentru a face față stărilor de hipoxie, consecutive unor eforturi fizice mai mari. Oprirea voluntară a respirației întărește și dezvoltă voința, gîndirea conștientă și capacitatea de a stăpîni și dirija organismul.

Exerciții pentru educarea respirației abdominale

– se optează pentru poziția de decubit dorsal, genunchii flectați, tălpile pe sol, brațele pe lîngă corp, inspirație profundă cu bombarea abdomenului, expirație prelungă, presînd mîinile pe abdomen;

- decubit dorsal, genunchii flectaţi, tălpile pe sol, o minge medicinală (1-3 kg) ţinută în mîini; inspiraţie cu bombarea abdomenului, o dată cu ducerea mingii înainte, în sus; aşezarea mingii pe abdomen, expiraţie prelungită;
- decubit dorsal, genunchii flectaţi, un săculeţ cu nisip sau o mică greutate (0,5-1 kg) aşezate pe abdomen, inspiraţie cu bombarea abdomenului, învingînd rezistenţa obiectului, expiraţie prelungită;
- pe genunchi, pe călcîie aşezat, palmele pe sol: trecere în cvadrupedie cu bombarea abdomenului, inspiraţie; revenire la poziţia iniţială, cu expiraţie;
- aşezat pe un scaun, spatele sprijinit, bărbia în piept: întinderea picioarelor, ridicarea capului, bombarea abdomenului, inspiraţie; tragerea genunchilor la piept, cuprinderea lor cu mîinile, retragerea abdomenului, expiraţie;
- stînd cu faţa spre spătarul scaunului: ducerea braţelor înapoi, de coate apucat, inspiraţie cu bombarea abdomenului; sprijinirea mîinilor pe spătarul scaunului, o dată cu îndoirea genunchilor, retragerea abdomenului, expiraţie;
- stînd, braţele pe lîngă corp, ducerea unui picior înapoi pe vîrf, braţele înapoi întinse, bombarea abdomenului, inspiraţie; ducerea piciorului spre înainte în sus, genunchiul îndoit, braţele cuprind geunchiul, bărbia în piept, expiraţie.

Indicaţii metodice: în timpul executării exerciţiilor de respiraţie se poate introduce şi apneea; durata acesteia fiind în funcţie de posibilităţile copilului, dar şi de poziţia pe care trunchiul o adoptă pentru a exersa respiraţia abdominală.

Respiraţia costal inferioară

Acest tip de respiraţie antrenează, într-o măsură mai mică şi o parte din participarea abdominală. Aerul este dirijat, în special, în zonele mijlocii ale plămînilor, realizîndu-se în acest fel o aerare superficială.

În inspiraţie, aerul pătrunde pe nas şi se dirijează spre zonele mijlocii ale plămînilor, coastele inferioare se ridică şi se îndepărtează, cutia toracică îşi măreşte volumul, în special lateral şi parţial antero-posterior.

În respiraţia de tip costal participarea diafragmului este mai redusă, comparativ cu respiraţia abdominală.

Pentru verificarea modului în care se execută respiraţia de tip costal inferior, se plasează subiectul în faţa oglinzii în poziţia stînd depărtat cu mîinile sprijinite pe ultimele coaste, degetele inelar şi auricular pe abdomen sub rebordul costal. Mîinilor le revine un rol important, întrucît controlează mişcările de lateralitate a coastelor în timpul inspiraţiei, iar în timpul expiraţiei exercită o apăsare continuă asupra toracelui, ajutînd evacuarea aerului, contribuind la o expiraţie mai completă.

Exerciţii pentru educarea respiraţiei costal inferioară

- decubit dorsal, genunchii uşor îndoiţi, sub omoplaţi se plasează o minge medicinală mică, o pernă sau săculeţi cu nisip, mîinile la baza coastelor; ducerea braţelor în lateral, capul în extensie, abdomenul supt, inspiraţie; revenire cu apăsarea mîinilor pe coaste, bărbia în piept, expiraţie;
- decubit dorsal, genunchii uşor îndoiţi, braţele în lateral, aducerea genunchilor la piept, cuprindereea lor cu mîinile, bărbia în piept, inspiraţie, revenire în poziţia iniţială, expiraţie;

– stînd depărtat: răsucirea trunchiului spre dreapta, braţele în lateral, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie; aceeaşi acţiune şi în partea stîngă;
– stînd depărtat, mîinile la umeri: extensia trunchiului, coatele trase mult înapoi, inspiraţia, aplecarea trunchiului înainte, braţele în lateral, expiraţie;
– stînd ghemuit, palmele pe sol: trecere în fandare înainte pe piciorul drept, braţele oblic în jos, inspiraţie; revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– decubit ventral, braţele la spate: degetele încleştate; extensia trunchiului cu ridicarea capului, inspiraţie; revenire, expiraţie.

În funcţie de capacitatea de adaptare a subiectului, se poate asocia şi apneea.

Respiraţia costal superioară

În acest tip de respiraţie, cutia toracică îşi măreşte diametrele în aria costelor superioare. Se realizează în acest fel o deblocare a zonelor superioare, permiţînd aerului să pătrundă şi spre vîrfurile plămînilor. Dirijarea aerului spre vîrfuri este îngreunată şi de cursa diafragmatică, care, pe durata inspiraţiei, coboară, diminuînd distensia ţesutului pulmonar.

Respiraţia costal superioară este incompletă şi ca urmare a constituţiei anatomice a acestor zone a plămînilor, care sînt mai reduse ca volum şi care nu permit pătrunderea unei cantităţi mari de aer.

Respiraţia costal superioară face ca abdomenul şi cutia toracică, în partea sa mijlocie, să-şi reducă semnificativ participarea, la originea lor aflîndu-se adaptarea organismului la diferiţi factori, cum ar fi particularităţile de sex sau poziţia corpului şi a segmentelor sale în acţiunile statice şi dinamice în care este antrenat.

Exerciţii pentru educarea respiraţiei costal superioare:
– decubit dorsal, mîinile la umeri; ducerea braţelor pe lîngă cap în sus, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– decubit ventral, palmele pe sol la nivelul umerilor, coatele uşor flectate: ridicarea umerilor prin împingere în palme, capul în extensie, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– pe genunchi, pe călcîie aşezat, mîinile la umeri: ridicare în sprijin pe genunchi, braţele se duc oblic în sus, privirea după braţe, inspiraţie; revenire, expiraţie;
– aşezat pe scaun, cu un baston aşezat pe genunchi apucat de capete: ducerea bastonului prin înainte în sus, o dată cu întinderea picioarelor, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– aşezat călare pe scaun cu faţa spre spătar, coatele sprijinite pe spătar, mîinile pe umeri: ducerea braţelor oblic în sus, o dată cu răsucirea trunchiului spre dreapta (apoi spre stînga), inspiraţie; revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– stînd cu faţa la perete, palmele sprijinite la nivelul umerilor: îndoirea genunchilor pînă ce braţele se întind, capul în extensie, inspiraţie; revenire, expiraţie.

Exerciţiile sînt executate cu şi fără apnee între cei doi timpi respiratorii. În condiţiile în care subiectul se adaptează la acest tip de respiraţie, apneea voluntară este treptat introdusă, urmărind creşterea duratei de reţinere a respiraţiei.

Prezentarea mai detaliată a tipurilor de respiraţie este făcută din raţiuni bine motivate, în ideea că „gimnastica respiratorie” nu este „un unicat”, ci un amalgam de contribuţii etajate, terapeutul, pe lîngă cele trei tipuri de respiraţie descrise mai sus, avînd la dispoziţie şi un al patrulea model, „respiraţia completă”, care se prezintă sub

forma înlănţuirii celor trei tipuri de bază care, prin structură şi prin modul în care intervin în procesul de corectare a tulburărilor respiratorii, se constituie într-un corolar al sistemului de influenţare favorabilă a aparatului respirator, dar şi a funcţiei pe care acesta o îndeplineşte.

Utilizarea sistemului de mijloace, pentru însuşirea corectă a respiraţiei, pe parcursul desfăşurării procesului de educare sau reeducare a copiilor cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, impune adaptarea acestui proces la particularităţile lui de vîrstă.

Vîrsta de 3-6-7 ani (preşcolari)

Se remarcă faptul că, pînă la vîrsta de 6-7 ani, copiii au o respiraţie de tip abdominal, tipul cel mai apropiat de cel eficient. În această perioadă se acţionează asupra inspiraţiei pe nas şi a expiraţiei pe gură. Formarea acestei deprinderi, de a respira cît mai aproape de forma sa corectă, are eficienţă în viitor, întrucît orice pricepere şi deprindere constituită în copilărie se păstrează aproape pe toată durata vieţii.

În această perioadă, se acţionează prin intermediul unor exerciţii cu caracter ludic, copilul trebuind să imite acţiunile pe care le întîlneşte în activitatea lui zilnică, ca spre exemplu:

Copilul este pus să sufle uşor pe dosul palmei, pentru a simţi aerul cum îi mîngîie mîna; se cere să întoarcă mîna cu palma spre gura lui şi să sufle cît poate el de tare; aerul va reveni spre faţa lui ca o adiere de vînt.

Se oferă copilului un creion colorat, sugerîndu-i că este o lumînare pe care trebuie să o stingă; să sufle la început uşor pentru a vedea cum flăcara se înclină fără a se stinge; după o pauză, să sufle cît poate el de tare pentru a stinge lumînarea.

Se cere să strîngă pumnul şi să sufle în el ca într-o trompetă; la început să sufle cît poate el de tare pentru a auzi cît de tare cîntă trompeta lui; se trece la suflat încet; să urmărească la ce intensitate trompeta lui mai cîntă.

O sticlă din plastic de ½ litru umplută pe jumătate cu apă, şi un tub din plastic, pe care să-l poată introduce în sticlă; trebuie să sufle tare pentru a produce bule de aer mari, dar şi încet, pentru a produce bule de aer mai mici.

„Morişca": palmele sînt duse în faţa gurii; se execută morişca (rotarea palmelor), timp în care copilul suflă asupra palmelor; prin rotarea palmelor aerul, întîlnind mîna, va produce un anumit sunet.

La „ţintă": tubul de plastic este utilizat şi pentru a trage la ţintă; se fac din bucăţele de hîrtie cocoloaşe mici, pe care le introduce în tub; pe perete este fixat un carton (de 50/50 la 20/20 cm) la distanţe variabile, în funcţie de vîrsta copilului; cu cît copilul este mai mic, distanţa va fi mai mică, iar ţinta mai mare şi invers, la copilul mai mare ţintă va fi mai mică şi distanţă mai mare; este declarat cîştigător copilul care atinge ţinta de cît mai multe ori.

„Să cîntăm": copilul este aşezat în faţa oglinzii; se solicită următoarele acţiuni: să pronunţe vocala *o* cît poate de tare, potrivit, încet; să lege cele două vocale *o*, *u* tare, potrivit, încet; să pronunţe vocala *a* tare, potrivit, încet; să lege vocalele *a*, *u* tare, potrivit, încet; aceste exerciţii se execută cu ochii deschişi şi închişi, din poziţiile aşezat, stînd, decubit dorsal şi ventral; la început, vocalele sînt pronunţate în faţa oglinzii, după care se trece la vocalizare din alte poziţii fără ajutorul oglinzii; se

urmăreşte ca, în timpul exerciţiilor, copilul să inspire pe nas şi să expire pe gură, poziţia buzelor trebuind să fie, atunci cînd suflă, aşa cum ar ponunţa vocala *u*.

Se poate utiliza şi imitarea fluierului, cu condiţia ca buzele să fie uşor întredeschise.

Acţiunile se execută la început din poziţia aşezat sau din stînd. Pe măsură ce copilul dobîndeşte capacitatea de a executa mişcările de respiraţie cît mai corect, se cere executarea acestora şi din poziţiile de stînd pe genunchi, în cvadrupedie, decubit dorsal şi ventral. Treptat, poziţiile statice prezentate mai sus vor fi înlocuite cu poziţii dinamice de mers şi alergare, punîndu-se un accent deosebit asupra inspiraţiei pe nas şi expiraţiei pe gură.

Grupa de vîrstă 7-11 ani (clasele I-IV)

Dezvoltarea musculaturii intercostale conduce, nemijlocit, şi la utilizarea mai amplă a respiraţiei de tip costal. Sistemul de acţionare pentru educarea acestui tip de respiraţie este alcătuit din exerciţii executate în ritm lent şi profund. Între inspiraţie şi expiraţie se introduce o pauză (apnee), urmărind ca durata inspiraţiei şi cea a expiraţiei să fie egale, în timp ce apneea se limitează la 1-2 secunde:

– din stînd, ducerea lentă a braţelor prin înainte în sus, inspiraţie pe nas; prinderea mîinilor deasupra capului, reţinerea respiraţiei; coborîrea braţelor prin lateral în jos, expiraţie;
– stînd, mîinile apucate la spate, ducerea braţelor înapoi întinse, o dată cu arcuirea umerilor, inspiraţie; menţinerea poziţiei doi timpi cu apnee; revenire lentă la poziţia iniţială, expiraţie;
– stînd, ducerea braţelor prin lateral în sus, privirea după braţe, inspiraţie; încleştarea degetelor doi timpi, apnee; revenirea braţelor prin lateral în jos, expiraţie;
– aşezat, genunchii uşor îndoiţi, mîinile pe genunchi; ducerea braţelor înapoi, sprijinite pe sol; picioarele întinse, capul şi umerii în extensie, inspiraţie; revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– pe genunchi, pe călcîie aşezat, palmele pe sol în faţa genunchilor; ducerea unui picior înapoi întins, trunchiul în uşoară extensie, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie; se execută acelaşi exerciţiu şi cu celălalt picior;

La această grupă de vîrstă, jocul are un rol deosebit, întrucît copilul participă cu multă plăcere la acest gen de activitate:

– pe masă sînt trasate două poziţii; cîte doi copii participă la „fotbal" cu mingea de tenis de masă;
– pe frunte este prinsă, cu un elastic, o foaie de hîrtie; copilul trebuie să sufle, pentru a menţine cît mai mult timp hîrtia departe de nas;
– pe grupe de cîte doi copii, vor sufla asupra unui fulg, pentru a-l menţine cît mai mult timp în aer;
– o minge de tenis de cîmp suspendată, copilul trebuie să sufle asupra mingii pentru a o deplasa în diferite direcţii.

Grupa de vîrstă 11-13 ani (clasele V-VI)

Este perioada în care diferenţele dintre sexe se accentuează şi în ceea ce priveşte modul în care se efectuează actul respirator.

La băieţi se conturează respiraţia de tip abdominal, iar la fete, respiraţia de tip costal superior. Această perioadă se caracterizează, în principal, printr-o atenţie sporită asupra angrenării în actul respirator a unei suprafeţe alveolare cît mai întinse. Respiraţiile devin tot mai profunde, controlate şi executate mai lent, cu creşterea treptată a pauzei dintre inspiraţie şi expiraţie. Se urmăreşte a obişnui copiii, în special fetele, că aerul care pătrunde în plămîni trebuie să fie dirijat de la bază spre vîrfuri.

În această etapă de creştere şi dezvoltare, se poate începe cu învăţarea respiraţiei de tip abdominal (diafragmatic), atît pentru băieţi cît şi pentru fete, deşi la fete începe să predomine respiraţia de tip costal superior.

Indicaţii metodice. Din stînd depărtat, mîna stîngă pe piept, mîna dreaptă pe abdomen: se efectuează o expiraţie profundă; se inspiră apoi pe nas, lent, o dată cu bombarea abdomenului; se urmăreşte ca acţiunea să fie localizată strict la nivelul abdomenului, cu toracele blocat; mîinile au un rol dublu: mîna stîngă blochează mişcarea toracelui, iar mîna dreaptă verifică mişcarea abdomenului, fără a opune rezistenţă; expiraţia se execută pe gură cu buzele uşor rotunjite şi cu producerea sunetului *u* prelungit.

Greşeli frecvente: extensia coloanei vertebrale este localizată la nivelul regiunii lombare în loc de cea dorsală; umerii sînt ridicaţi în timpul inspirului; tendinţa de a inversa mişcările, în sensul că în inspiraţie retrag abdomenul, iar în expiraţie îl bombează.

Durata de lucru în cadrul programului de educare a respiraţiei se stabileşte în funcţie de nivelul de pregătire, de capacitatea de mobilizare, de interesul manifestat, dar şi de etapa în care se află copilul sub raportul reeducării tulburărilor de psihomotricitate. Cîteva exemple în continuare:

– stînd, mîinile sprijinite de spătarul unui scaun, trunchiul uşor aplecat: îndreptarea trunchiului, cu ducerea braţelor oblic în sus, privirea după braţe, bombarea abdomenului cu inspiraţie profundă; sprijinirea mîinilor pe spătarul scaunului, o dată cu îndoirea genunchilor, retragerea abdomenului, expiraţie;
– aşezat pe scaun cu spatele sprijinit de spătar, braţele cuprind spătarul, degetele încleştate, bărbia în piept; îndreptarea trunchiului, o dată cu întinderea braţelor spre înapoi; capul în extensie; bombarea abdomenului, inspiraţie, revenire la poziţia iniţială, expiraţie;
– aşezat pe scaun, braţele sprijinite pe coapse, palmele pe genunchi, trunchiul aplecat înainte, bărbia în piept; ducerea braţelor oblic în sus, privirea după braţe, spatele sprijinit de spătarul scaunului; picioarele întinse şi depărtate; bombarea abdomenului cu inspiraţie; revenire la poziţia iniţială, cu expiraţie;
– pe genunchi, pe călcîie aşezat, palmele pe coapse: ridicarea în stînd pe genunchi, braţele înapoi, apucat de coate, inspiraţie cu bombarea abdomenului; ducerea mîinilor pe abdomen, pe călcîie aşezat, trunchiul aplecat înainte (în acest timp copilul reţine respiraţia), expiraţie prelungită, cu retragerea abdomenului.

Grupa de vîrstă 13-15 ani (clasele VII-VIII)

Se trece la învăţarea unui tip de respiraţie combinat, în care sînt angrenaţi în activitate muşchii abdominali, cu implicarea mai activă a grilajului inferior al toracelui. Copilul are posibilitatea de a executa acest tip de exerciţii de respiraţie

combinat, întrucît, înainte de această etapă, a exersat ambele tipuri în mod independent. Se realizează, în acest mod, o respirație de tip toraco-abdominal.

Din stînd depărtat, mîinile așezate la baza toracelui, în așa fel încît degetele să fie pe abdomen, iar podul palmei pe ultimele coaste; după o expirație profundă, se inspiră lent, pe nas, acțiune ce se desfășoară în doi timpi. În prima fază, diafragmul se deplasează în jos, ceea ce face ca abdomenul să se bombeze, iar aerul să umple treptat zonele inferioare ale plămînilor. În faza a doua, care este, de fapt, o continuare a primei (fără pauză între ele), prin deplasarea laterală a coastelor, aerul pătrunde în porțiunile mijlocii ale plămînilor.

Expirația se execută cu gura întredeschisă, acționînd, cît mai eficient posibil, asupra grilajului costal mijlociu, pentru ca, într-o a doua fază, accentul să fie pus pe participarea costală inferioară, în paralel cu intervenția diafragmatică, susținută și de presa musculară abdominală.

Greșeli frecvente por surveni după inspirația profundă din prima fază, cea abdominală, cu neglijarea celei de-a doua, ceea ce conduce la o respirație în flux nediferențiat. Exemple:

– stînd depărtat: aplecarea și îndoirea trunchiului, o dată cu ducerea mîinilor spre vîrful picioarelor, expirație; ridicarea trunchiului, o dată cu ducerea brațelor prin înainte oblic în sus în extensie; inspirație;
– stînd, bastonul în față în jos, apucat de capete: fandare înainte, cu ducerea lentă a bastonului sus, inspirație, revenire, expirație;
– stînd cu mingea medicinală (1-3 kg) în mîini, așezată la ceafă; genuflexiune amplă, expirație; ridicarea în stînd cu ducerea mingii medicinale sus deasupra capului, privirea după minge, inspirație;
– stînd ghemuit, ridicarea trunchiului cu brațele oblic sus, privirea după brațe; o dată cu ducerea unui picior oblic înapoi pe vîrf sprijinit, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
– stînd pe un genunchi, mingea medicinală ținută cu ambele mîini sprijinite pe genunchiul flectat: ducerea mingii sus, trunchiul în extensie, privirea după minge, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
– pe genunchi, pe călcîie așezat, mîinile apucă călcîiele: ridicare de pe călcîie, trunchiul în extensie, ducerea brațelor prin lateral în sus cu inspirație, revenirea în doi timpi la poziția inițială, expirație.

Exerciții și jocuri

– *mers*, ducerea brațelor oblic în sus, inspirație, brațele pe lîngă corp în jos, expirație; indicații metodice: inspirația se execută pe primii trei pași, în următorii doi pași apnee, expirația se execută pe următorii patru pași; la început, se poate executa pasul pe loc pentru a reuși copilul să-și armonizeze respirația cu alternarea pașilor; se trece la deplasarea prin pași obișnuiți, urmează creșterea amplitudinii, frecvența menținîndu-se în aceleași limite;
– mers cu mîinile pe creștet: pe trei pași inspirație, o dată cu ducerea brațelor oblic în sus, privirea după brațe și cu ridicare pe vîrfuri; doi pași normali cu apnee; pe patru pași expirație, o dată cu revenirea mîinilor pe creștet;

– mers fandat: pe primul pas, braţele se duc oblic în sus; inspiraţie; pe al doilea pas se apleacă trunchiul înainte, mîinile pe genunchi, expiraţie. Indicaţii metodice: deplasarea se execută în ritmul lent pe care îl imprimă terapeutul; în timpul balansării piciorului de dinapoi spre înainte, respiraţia este reţinută (apnee); o dată cu aplecarea trunchiului spre înainte se pot sprijini palmele pe sol pentru a uşura expiraţia, prin presiunea abdomenului pe coapsă;
– mers cu mîinile înapoi apucat: pe trei paşi, inspiraţia, o dată cu depărtarea braţelor de bazin, umerii menţinuţi în extensie; doi paşi apnee; pe patru paşi cu aplecarea trunchiului înainte, imitînd mersul pe patine, expiraţie;
– mers cu fandare uşoară, legănarea braţelor; inspiraţie; legănarea braţelor în partea opusă, expiraţie; indicaţii metodice: se execută la început rar pentru a armoniza mişcarea braţelor cu timpii respiratori; se trece la modificarea ritmului, care devine mai vioi pînă se ajunge la alergare; atenţia trebuie concentrată pentru a armoniza respiraţia cu alergarea.

Alergarea

Momentul fazei de zbor în timpul alergării determină adaptarea respiraţiei la acest mod mai complex de deplasare.

Atenţie! În alergare nu se mai sincronizează respiraţia cu frecvenţa paşilor, frecvenţa paşilor fiind mult mai rapidă.

Pentru a obişnui copilul cu modul în care se execută cît mai corect alergarea, dar şi pentru a-l obişnui să pună în acord cele două elemente de bază, alergarea şi respiraţia, se poate utiliza procedeul de alergare pe loc. În aceste condiţii, copilul depune un efort de intensitate mai mică, dar are posibilitatea de a înţelege şi mai ales de a simţi nevoia de a respira şi de a găsi modul în care poate să realizeze această funcţie în mod corespunzător. În acest mod, devine posibilă corelarea efortului depus în alergarea pe loc cu săritura la coardă sau săritura pe loc.

Terapeutul poate regla efortul depus în timpul alergării, acţionînd asupra ritmului de alergare, care la început este destul de lent, pentru a obişnui copilul cu acest gen de efort; nivelul de ridicare a genunchilor; al distanţei pe care copilul trebuie să o parcurgă, care este mai mică, pînă ce copilul se adaptează la solicitare şi, în sfîrşit, a duratei de alergare, toate aceste elemente fiind modalităţi de reglare a efortului în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

Jocuri

– „Cine numără mai mult?” – pe perechi, dispuse faţă în faţă la o distanţă de o lungime de braţ; la comandă, un copil, desemnat de terapeut, după ce a inspirat profund, începe să numere cu voce tare în timp ce expiră; se ia în consideraţie numărul pînă la care a ajuns fără a inspira; indicaţii metodice: partenerul urmăreşte pînă la ce număr a ajuns colegul fără a inspira; poziţia de lucru poate fi din stînd, aşezat sau decubit; jocul vizează îmbunătăţirea respiraţiei, cu accent pe expiraţie; poate fi utilizat şi pentru a capta atenţia sau pentru liniştirea organismului;
– „Să cîntăm” – cîte doi faţă în faţă; la comandă, după o inspiraţie profundă, copiii încep să „cînte” „A” după tonul dat de un copil; în acest timp, terapeutul ţine evidenţa numărului de măsuri la care ajunge partenerul „cîntăreţ”; se schimbă rolurile.

– „Cine trimite mingea mai departe" – pe grupe de cîte doi copii, fiecare copil din poziția stînd pe genunchi la linia de start, avînd o minge de tenis de masă în față; la comandă, suflă prin tubul de plastic, încercînd să trimită mingea cît mai departe.
– „Suflă mai tare ca el" – pe perechi, pe genunchi așezat față în față, mingea se află la o distanță egală între parteneri; la comandă, simultan suflă prin tubul de plastic spre minge, urmărind să o trimită în partea opusă; cîștigă cel care a reușit să-și învingă partenerul de mai multe ori; indicații metodice: partenerii trebuie să fie aleși avînd posibilități apropiate de a acționa; terapeutul urmărește ca vîrful liber al tuburilor să se afle la distanțe egale de minge.
– „Nu te lăsa" – cîte trei copii așezați pe sol, picioarele depărtate, talpă în talpă; mingea se află într-un cerc pe sol la distanță egală; fiecare copil încearcă să trimită mingea, suflînd prin tub, în terenul unuia dintre parteneri; se consideră învins cel care a permis ca mingea să treacă dincolo de nivelul genunchilor, pierzînd un punct; cîștigă cel care a acumulat cel mai mic număr de puncte.
– „Suflă mingea" – cîte doi copii la interval de o lungime de braț, în fața lor, la distanță de 1-1,5 m, pe o masă sînt plasate două mingi de ping-pong; se cere copiilor ca, sufînd prin tub, să deplaseze mingile cît pot ei de departe; sînt posibile două-trei încercări.

Pentru a complica și mai mult acțiunea și a crea o stare de bună dispoziție, atunci cînd ajunge copilul la linia de start, terapeutul, după ce îl leagă pe copil la ochi, îl pune să execute un pas înapoi, unul la dreapta, altul la stînga și o mică întoarcere, după care îi oferă tubul pentru a sufla.

Exercițiile și jocurile prezentate au rolul de a dezvolta capacitatea respiratorie a copilului, dar și de a contribui la liniștirea organismului. Terapeutul trebuie să selecționeze acele exerciții și jocuri care sînt în acord cu scopul urmărit în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică. O atenție deosebită trebuie acordată duratei de lucru, care trebuie să fie adaptată la capacitatea de efort a copiilor.

Exemplele prezentate au rolul de a orienta terapeutul asupra sistemului de acționare, acesta avînd latitudinea să lărgească gama de mijloace prin care poate acționa pozitiv asupra funcției respiratorii a copiilor.

LATERALITATEA CORPORALĂ

Conceptul de lateralitate corporală se regăseşte în modul în care subiectul utilizează preferenţial mîna dreaptă sau stîngă în activitatea sa uzuală sau grafică. Un mod aparte îl reprezintă şi posibilitatea de a angaja simultan sau independent ambele mîini pentru realizarea unor acţiuni complexe, calitate cunoscută sub denumirea de ambidextrie. Activităţile manuale se diferenţiază sub raportul sprijinului, stabilităţii şi controlului; aceste componente joacă un rol decisiv în direcţia utilizării lor, cu preponderenţă pentru scris, chiar dacă diferenţele dintre mîna dreaptă şi mîna stîngă pot fi, uneori, minime. În anumite condiţii, copilul se simte mai bine şi se angajează cu plăcere în activităţile care îi solicită să utilizeze mîna sa preferată, dreapta sau stînga. După cum sînt şi situaţii în care copilul execută cu abilitate unele acţiuni cu una dintre mîini, în timp ce la scris o foloseşte pe cealaltă. Mîna utilizată preferenţial pentru scris devine mîna dominantă, întrucît scrisul este o activitate de fineţe, ce antrenează o specializare funcţională complexă. Mîna angajată în scris trebuie percepută ca un instrument prin intermediul căruia copilul se poate exprima corect, concret şi eficient.

Examenul lateralităţii

Pentru a reuşi departajarea activităţilor atribuite emisferului dominant sau minor, se utilizează o largă baterie de teste, în care probele vor trebui selecţionate din activităţile cotidiene ce nu au fost supuse unui proces metodic de educare.

După M. Auzias (1975, p. 31), probele care pot fi utilizate pentru a aprecia nivelul lateralităţii emisferice a unui copil se caracterizează printr-o mare diversitate, selecţia lor fiind la latitudinea examinatorului, cum ar fi: înşurubarea unui dop la o sticlă; aprinderea unui chibrit; folosirea foarfecelui pentru a decupa o hîrtie; folosirea radierei; de luat o mărgea cu o linguriţă dintr-o cană; picurat cu pipeta; să sune din clopoţel; să închidă şi să deschidă un fermoar; să folosească peria pentru a lustrui gheata (pantoful); să bobineze aţa pe un mosor; transvazare (să treacă apa dintr-o cană în altă cană); să înfigă un ac cu gămălie într-un dop de plută; să deşurubeze o piuliţă; să împartă cărţile; să bea apă din pahar; să indroducă aţa în ac; să coase. Aceste probe vizează stabilirea lateralităţii pentru membrul superior.

Pentru membrul inferior, sînt utilizate următoarele probe: şotronul; piciorul preferat pentru şut în minge; piciorul de bătaie pentru săritură. Pentru copilul pînă la şase ani, poate fi luat în consideraţie şi piciorul pe care poate sta mai mult în echilibru (J.J. Guillarmé, 1982, p. 57).

Pentru ochi, se foloseşte un tub prin care copilul trebuie să privească un obiect din preajma sa. Copilul trebuie să-l ridice de pe masă cu mîna şi să-l ducă la ochiul de

preferinţă. În această situaţie, se întîlnesc cazuri cînd apucă tubul cu mîna dreaptă, dar îl duce la ochiul stîng sau invers, apucă cu mîna stîngă, dar îl duce la ochiul drept.

Cu privire la orientarea copilului pentru a folosi preferenţial, pentru scris, mîna dreaptă sau stîngă, trebuie să se ţină seama de vîrsta copilului, de dezvoltarea sa motrică, precum şi de dorinţa copilului, mai puţin de cea a părinţilor.

Vîrsta copilului este esenţială în orientarea asupra abilităţilor sale manuale. Pînă la vîrsta de şapte ani, sistemul nervos prezintă o mare plasticitate, condiţie în care se poate insista pentru a obişnui copilul să acţioneze preferenţial cu una dintre mîini. După această vîrstă, este mult mai dificil să se intervină în această direcţie, întrucît tulburările care însoţesc această acţiune sînt de natură să-l determine pe pedagog să renunţe la această iniţiativă.

Sînt situaţii în care, în urma unui accident, copilul nu poate utiliza mîna dominantă şi se apelează la educarea mîinii minore, pentru a-i prelua funcţia. În aceste condiţii, au fost citate situaţii cînd capacitatea de readaptare a fost surprinzător de rapidă. Este probabil că în aceste situaţii intervine existenţa unei ambidextrii latente, neremarcată pînă în acel moment.

Dezvoltarea motrică a copilului oferă posibilitatea examinatorului de a aprecia în ce măsură acesta dispune de capacitatea de a face faţă unor cerinţe complexe, pe prim-plan situîndu-se cea a grafismului, care se exprimă sub aspectul lentoarei în executarea semnelor grafice, precum şi al abaterilor de la forma lor concretă, la care se adaugă dificultăţile de legare a semnelor grafice pentru a exprima un cuvînt. Aceste dificultăţi trebuie legate şi de poziţia corpului în raport cu foaia de hîrtie, cu modul în care foloseşte instrumentul de scris, precum şi cu felul în care poziţionează foaia pe care trebuie să înscrie semnele grafice.

Consecinţele acestor tulburări sînt cu atît mai importante cu cît în discuţie se regăsesc contrarieri educative, suprapuse pe cele anatomo-funcţionale. În aceste situaţii, va trebui, înainte de toate, să se ţină cont de maniera de realizare a deprinderii motrice propuse, de stilul relaţiei educative, de nivelul şi amploarea participării terapeutului.

Dorinţa copilului şi a familiei devine hotărîtoare atunci cînd copilul accede în învăţămîntul preşcolar şi este îndrumat să folosească numai mîna dreaptă, pentru a îndeplini cerinţele programei şcolare.

Conduitele operaţionale

Orientarea copilului în direcţia alegerii mîinii dominante, cu care va acţiona în activitatea sa practică, trebuie să respecte şi să aplice o gamă extrem de largă de cerinţe, ce privesc capacitatea motrică a fiecărui copil, pentru a putea evalua posibilităţile sale de adaptare şi nivelul funcţional al organismului. În condiţiile unei evoluţii normale a lateralităţii emisferice, acţiunea de educare a grafismului se va orienta spre mîna dreaptă sau stîngă, în funcţie de preferinţa manuală a copilului, fără a omite preocuparea pentru promovarea ambidextriei. Învăţămîntul preşcolar (trei-şase ani), este cel mai potrivit cadru de promovare a ambidextriei, după această perioadă resursele adaptative la acest cadru conceptual fiind mult mai reduse.

În activităţile curente, în care este inclusă şi autoservirea, mîna vizează: *uşurinţa*, *rapiditatea* şi *precizia*, cu care sînt executate acţiunile motrice, indiferent de

faptul că utilizează numai una sau ambele mîini. Dobîndirea acestei capacităţi, la nivelul învăţămîntului preşcolar, este strict legată de modul în care educatorul reuşeşte să-i obişnuiască pe copii să folosească alternativ mîinile, pentru a îndeplini obiectivele programei şcolare, pe de o parte, şi capacităţii de autoservire, pe de altă parte.

Modalităţi de conştientizare a noţiunilor de dreapta-stînga

Conştientizarea lateralităţii este un proces care solicită multă atenţie din partea terapeutului, mai ales în condiţiile în care copilul este în situaţia de a recunoaşte şi întrebuinţa termenii „la dreapta" sau „la stînga", pornind de la precizarea unor repere stabile, faţă de care copilul să se poată raporta (uşa, ferestrele, tabla, masa, scaunele etc.).

Pentru terapeut este important modul în care copilul răspunde la aceaste solicitări. Pe măsura progreselor înregistrate, terapeutul trece la schimbarea poziţiei în care copilul a efectuat exerciţiul de ridicare sau coborîre a mîinii drepte şi a celei stîngi, cu faţa la uşă, la fereastră, la tablă etc., situaţie în care copilul va începe să înţeleagă că, indiferent de poziţia pe care o are, partea dreaptă sau stîngă a corpului său rămîn permanent aceleaşi.

Se trece apoi la stabilirea altor repere, pe care trebuie să le ocolească din mers şi din alergare. În acest scop, în sală sînt plasate mai multe obstacole, pe care sînt plasate benzi de culoare albă, pentru a fi ocolite spre dreapta, şi de culoare roşie, pentru a fi ocolite spre stînga. După ce copilul reuşeşte să se încadreze corect în acest sistem de cerinţe, se schimbă ordinea de dispunere a celor două culori, solicitîndu-se copilului să parcurgă traseul, de data aceasta prin alergare. Se urmăreşte modul în care acesta reuşeşte să se adapteze la noile cerinţe.

Stînd faţă în faţă cu copilul, terapeutul îi cere să-l imite atunci cînd ridică unul sau ambele braţe în sus şi revine cu ele la loc, urmărind modul în care acesta execută mişcarea comandată, dacă are sau nu capacitatea de a-l imita. Dacă se constată greşeli în executarea mişcării, se recurge din nou la banda albă plasată pe braţul drept sau stîng al copilului.

Reeducarea lateralităţii corporale

Procesul de reeducare a lateralităţii nu poate fi abordat fără o prealabilă evaluare a restantului funcţional al motricităţii, în special al dificultăţilor pe care le întîmpină copilul în domeniul abilităţilor manuale şi al mersului. Cu aceste obiective prioritare în faţă, atenţia va fi orientată asupra *vitezei* cu care se execută mişcările uzuale, a *timpului de reacţie* la diferite semnale, precum şi a *preciziei* cu care aceste mişcări sînt executate. La reuşita acestor obiective propuse, o importanţă deosebită este atribuită modului în care terapeutul reuşeşte să-l facă pe copil să înţeleagă ce anume mişcări trebuie să execute, asigurînd toate condiţiile sub raportul organizării şi desfăşurării acţunilor motrice propuse.

Stabilirea coordonatelor psihomotrice, raportate la orientarea spaţială a copilului, îi oferă terapeutului posibilitatea de a acţiona în consecinţă. În acest sens, cu copilul aşezat în bancă, se stabilesc parametrii care ar putea intra în sfera de cunoaştere a deficientului mental, mai exact, unde este uşa şi unde sînt ferestrele. Un model de exerciţiu, în acest sens, ar fi următorul: terapeutul precizează că la dreapta

este uşa, iar la stînga sînt ferestrele şi că atunci cînd va spune „dreapta" copilul să ridice mîna dinspre uşă, iar cînd spune „stînga" să ridice mîna dinspre ferestre. Se repetă acţiunea prin asocierea celor două repere: „dreapta-uşă şi stînga-ferestre". Se urmăreşte modul în care copilul răspunde la cele două comenzi. După ce a înţeles care este mîna dreaptă şi care este mîna stîngă, se cere copilului să se plimbe prin sală; se dă comanda „dreapta-uşă"; deşi copilul se află într-o poziţie diferită, el trebuie să-şi îndrepte corpul cu partea dreaptă spre uşă. În acest mod, se urmăreşte consolidarea noţiunilor de dreapta şi stînga.

Atunci cînd terapeutul constată că noţiunea a fost însuşită, se trece la organizarea acţiunii în mijlocul sălii, din poziţia stînd. Se demonstrează copilului ce acţiune trebuie să execute la comanda „la dreapta săriţi", „la stînga săriţi". Dacă intervin dificultăţi de percepere a comenzii, acţiunea este descompusă în doi timpi: mîna dreaptă sus, la dreapta săriţi, mîna stîngă sus, la stînga săriţi. Se cere apoi copilului să ridice braţul şi piciorul drept în acelaşi timp, apoi braţul stîng şi piciorul stîng. În cazul unor dificultăţi, se cere copilului să ridice braţul drept în sus, apoi să-l aşeze pe genunchiul de aceeaşi parte, făcîndu-i precizarea că braţul drept a fost aşezat pe piciorul drept, iar braţul stîng a fost aşezat pe piciorul stîng. Procedînd în acest fel, însuşirea noţiunii de dreapta sau stînga, raportată la spaţiu, este facilitată.

Un interes deosebit trebuie acordat asocierii unor exerciţii simple, prin intermediul cărora copilul va trebui să înţeleagă mai bine şi să-şi fixeze noţiunile de dreapta şi stînga. Exerciţiile recomandate se efectuează din poziţia stînd: se cere copilului să aşeze mîna dreaptă pe cap, iar mîna stîngă pe şold; să ducă braţul drept în lateral, iar braţul stîng în sus; să ducă apoi braţul drept înainte şi braţul stîng în lateral.

Asemenea exerciţii se recomandă şi pentru membrele inferioare, la început asociindu-le şi cu mişcarea braţelor, care trebuie să fie executată în acelaşi plan cu cea al picioarelor. De această manieră, se asigură simetria mişcărilor, concomitent cu înţelegerea mai concretă a părţii drepte şi stîngi a corpului. Cîteva exemple: stînd, duce braţul drept în lateral, o dată cu deplasarea piciorului drept în lateral; duce braţul stîng în lateral, concomitent cu deplasarea piciorului stîng în lateral; se revine treptat la poziţia iniţială (braţul şi piciorul drept, apoi braţul şi piciorul stîng revin la poziţia iniţială).

Pentru a solicita selectiv membrele inferioare, acţiunile sînt orientate spre ameliorarea funcţiei de echilibru, alternînd sprijinul pe un picior şi pe celălalt. Se urmăreşte pe ce picior a stat mai mult în echilibru. Atenţia trebuie să fie îndreptată asupra stabilităţii corpului pe piciorul de echilibru.

Jocuri pentru ameliorarea funcţiei de echilibru în condiţii statice şi dinamice

Un exerciţiu folosit frecvent în acest scop este reprezentat de şotron, în varianta sa simplă, în care se plasează un cub de lemn sau din plastic la nivelul unui picior, solicitînd copilului să-l deplaseze prin sărituri pe un singur picior, pe o anumită distanţă. Copilul trebuie să-şi menţină echilibrul, prin balansarea braţelor în lateral. Se urmăreşte ca piciorul cu care începe acţiunea să o şi termine. Nu se acceptă schimbarea picioarelor pe parcursul exerciţiului. În acelaşi scop, sînt recomandate şi exerciţiile ce vor fi prezentate în continuare:

– stînd în faţa unor trepte: se cere copilului să păşească pe fiecare treaptă, o dată cu bătaia din palme;
– stînd sprijinit cu palmele pe perete: se cere copilului să se ridice pe vîrful unui picior, iar pe celălalt să-l ridice flectat din genunchi pînă la nivelul mîinilor care asigură sprijinul;
– stînd: în faţa copilului sînt plasate trei cercuri unul după altul; se cere să sară într-un picior din cerc în cerc;
– stînd: să lovească o minge care se află în faţa sa; pentru început, i se solicită să lovească mingea cum ştie el mai bine să facă această mişcare; după două, trei repetări, i se solicită să trimită mingea printr-o poartă mică plasată la 2-3 metri; se apreciază modul în care reuşeşte să execute mişcarea, mai ales corelarea mişcării piciorului la precizia şi forţa de lovire;
– stînd: o minge plasată sub un scaun; se cere să deplaseze mingea cu un singur picior, fără a folosi braţele;
– decubit dorsal cu genunchii flexaţi: în faţa picioarelor este plasată o minge medicinală de 3 kg; i se cere copilului să împingă cu un singur picior mingea spre terapeut;
– stînd, braţele pe lîngă corp: i se solicită să stea într-un picior, iar pe celălalt să-l ridice şi să-l flecteze de la nivelul genunchiului;
– stînd: în faţa copilului este plasat un coşuleţ cu jucării, care are un singur mîner pe mijloc; i se cere copilului să ridice coşuleţul cu laba unui picior pînă la nivelul mîinilor. Acest exerciţiu pune în evidenţă abilitatea copilului de a manevra obiectele, nivelul echilibrului şi siguranţa în execuţie. Este utilizat, cu precădere, către finalul programului de reeducare psihomotrică.

Treptat, terapeutul schimbă poziţia iniţială a copilului, cu scopul de a reuşi, finalmente, să-i formeze o imagine constantă şi sigură, potrivit căreia, indiferent de poziţia pe care o are, partea dreaptă şi cea stîngă a corpului sînt permanent aceleaşi.

Pentru a verifica modul în care a înţeles această sintagmă, dreapta-stînga, cît şi pentru fixarea ei, i se cere copilului să ducă braţul drept, în lateral, făcînd un un pas lateral dreapta; să ducă braţul stîng lateral, făcînd un pas lateral stînga, iar în final să coboare braţele pe lîngă corp, o dată cu apropierea treptată a picioarelor. Reuşita acestui exerciţiu, mai complex decît celelalte prezentate mai sus, este de natură să asigure condiţii pentru a creşte gradat nivelul de dificultate al exerciţiilor.

Cînd se constată că mişcarea prezentată este corect executată, i se cere copilului să verbalizeze acţiunile pe care i le demonstrează terapeutul. I se oferă copilului o minge, pe care trebuie să o treacă dintr-o mînă în alta, verbalizînd în ce mînă se află mingea în acel moment.

O modalitate care întregeşte sistemul de pregătire pentru stabilirea noţiunii de lateral dreapta/stînga se realizează plasînd în faţa copilului mai multe obiecte, pe care copilul le cunoaşte şi le foloseşte. Terapeutul îi solicită să demonstreze practic (să mimeze) la ce şi cum se folosesc obiectele pe care i le va nominaliza: cana cu apă (copilul trebuie să o ridice şi bea apa); cartea este jos (copilul trebuie s-o aşeze pe masă); uşa este închisă (copilul o deschide); părul tău este zbîrlit (copilul se piaptănă); hîrtia trebuie tăiata în două (foloseşte foarfeca).

Pentru a-şi forma o idee asupra lateralităţii preferenţiale, terapeutul îi cere copilului să apuce obiectele cu mîna dreaptă şi să îndeplinească o anumită acţiune în mod corect. I se cere apoi copilului să execute aceeaşi acţiune cu mîna stîngă. Se apreciază nivelul calitativ la care au fost executate acţiunile, cu o mînă, apoi cu cealaltă. În altă zi, cu altă ocazie, pe o masă goală, i se cere copilului să încerce să imite mişcările pe care le-ar fi executat atunci cînd erau obiectele pe masă. Este important de urmărit calitatea mişcărilor, modul în care execuţia cu mîna minoră este apropiată de valoarea celei dominante şi dacă reţine poziţionarea obiectelor. Acest procedeu de apreciere a nivelului lateralităţii nu trebuie să fie niciodată demonstrat sau schiţat. Copilul trebuie să primească explicaţiile necesare şi să comenteze împreună cu terapeutul ceea ce i s-a cerut să facă: cum trebuie să ridice cana pentru a bea, ce trebuie să facă apoi cu cana, după ce a băut apa.

A. Lapierre (1976, p. 373) consideră că trebuie să se acţioneze recurgînd la probe corespunzătoare vîrstei cronologice a copilului sau imediat inferioare. Dacă această probă este reuşită, se apelează la vîrsta imediat superioară, pînă se ajunge la eşuarea probei. Dacă însă prima probă este eşuată, se coboară succesiv la vîrstele inferioare, pînă ce reuşeşte o execuţie corectă.

Organizarea activităţii în grup

Se urmăreşte a se stabili modul în care copilul este stăpîn pe lateralitatea corporală, atunci cînd intră în relaţie cu alţi copii de vîrsta lui. În acest scop, grupa este organizată, de obicei, pe două şiruri, iar terapeutul, plasat în faţa şirurilor, solicită copiilor să ridice, spre exemplu, mîna dreaptă în sus pe lîngă cap. Acelaşi exerciţiu se comandă şi pentru mîna stîngă, alternativ, pînă la însuşirea de către copil a tuturor elementelor ce jalonează lateralitatea corporală. Rezultate bune prezintă şi exerciţiul care plasează grupa pe două rînduri, faţă în faţă. Li se cere copiilor să ridice mîna dreaptă în sus. Fiind aşezaţi faţă în faţă, este posibil să fie constatate şi unele ezitări sau chiar greşeli, ce se explică prin tendinţa de a imita partenerul aflat în faţa sa. În aceste condiţii, terapeutul apelează din nou la benzile albă şi roşie, pentru a fixa mai bine care este mîna dreaptă şi care este cea stîngă. Repetarea alternativă a acestui exerciţiu este în măsură să elimine, finalmente, situaţiile de ezitare remarcate inţial. Pe măsura progreselor realizate în direcţia autocunoaşterii lateralităţii spaţio-corporale, se solicită copiilor să execute acelaşi exerciţiu, dar cu ochii închişi.

Mişcările încrucişate

Aceste mişcări, denumite încrucişate, au ca element de referinţă planul frontal, de o parte sau de alta a liniei mediane, denumite convenţional dreapta sau stînga. Recunoaşterea acestei realităţi se realizează pe parcursul creşterii şi dezvoltării, ca un proces ce nu vine de la sine, ci trebuie exersat. Această educaţie a lateralităţii corporale implică şi mişcările încrucişate, cîteva din multitudinea şi complexitatea lor de exprimare fiind prezentate în continuare. Se recomandă copilului să atingă alternativ cu: mîna dreaptă – umărul stîng; mîna stîngă – bazinul în partea dreaptă; mîna dreaptă – urechea stîngă; mîna stîngă – cotul drept; mîna dreaptă – genunchiul stîng. Se repetă apoi mişcările şi pe partea opusă. I se cere apoi să atingă, cu ambele

mîini, simultan, părţi diferite ale corpului, spre exemplu: mîna dreaptă – umărul stîng; mîna stîngă – genunchiul drept.

Într-un stadiu mai avansat, se poate recurge la combinaţii de trei elemente: stînd pe piciorul drept, genunchiul stîng ridicat, atinge cu mîna dreaptă genunchiul stîng, iar cu mîna stîngă umărul drept; stînd cu genunchiul stîng sprijinit pe sol, piciorul drept în faţă, mîna dreaptă pe genunchiul drept, iar mîna stîngă pe umărul drept.

Stînd faţă în faţă cu terapeutul, se cere copilului să arate care este mîna dreaptă a terapeutului, care este piciorul stîng, urechea dreaptă, sau ochiul stîng; i se cere copilului să închidă ochii, după care terapeutul îi solicită să ridice mîna dreaptă, să ducă piciorul stîng în faţă; să aşeze mîna stîngă pe urechea dreaptă; să ducă mîna dreaptă pe umărul stîng; să ducă mîna stîngă pe piciorul drept. După fiecare mişcare, copilul deschide ochii şi priveşte poziţia braţului şi picioarelor sale, după care închide ochii pentru a primi următoarea comandă. Copiilor cu vîrste între 5-7 ani acţiunile le sînt prezentate sub formă de joc; terapeutul, printr-un gest cu mîna, orientează privirea copiilor spre locul unde sînt plasate obiectele pe care le vor utiliza în verificarea lateralităţii corporale. În ideea de a le stimula iniţiativa şi interesul copiilor, terapeutul organizează în aşa fel acţiunile încît aceştia să-şi găsească singuri posibilitatea de a se juca cu aceste obiecte.

Pentru a stabili, în mod sigur, lateralitatea copilului, se va urmări şi se va nota mîna cu care apucă şi manevrează obiectul, pentru a realiza acţiunea propusă. De exemplu, copilul are de executat bobinajul (să înfăşoare aţa pe un mosor); apucă mosorul cu mîna stîngă, iar aţa cu mîna dreaptă; normal, înfăşurarea se execută cu mîna dreaptă, iar copilul o execută prin mişcarea mosorului, deci acţiunea este executată cu mîna stîngă. Se întîlnesc situaţii cînd copilul apucă materialul cu ambele mîini; în aceste condiţii, este de notat mîna cu care va executa manevra. Se motivează acest mod de acţionare bimanuală, ca pe o modalitate particulară de a pregăti acţiunea. În situaţia în care copilul acţionează cu o singură mînă, se pune întrebarea dacă această mînă „izolată" nu este consecinţa unei tulburări.

De importanţă majoră este şi modul în care copilul implică în acţiune mîna minoră, cu rol de susţinere în activităţile care solicită bimanualitatea, cum ar fi, spre exemplu, decupajul unor forme cu ajutorul unei foarfece. Mîinii minore îi revine şi rolul de *sprijin* pentru a asigura stabilitatea unui obiect (foaia de hîrtie pentru scris), cît şi de *asociere* la mişcările care solicită o forţă mai mare în acţiune (ridicarea unei greutăţi, tracţiune, împingere, etc)

O problemă pe care unii educatorii o întîlnesc, se referă la obligarea copilului de către părinţi să folosească numai mîna dreaptă pentru îndeplinirea acţiunilor curente. Majoritatea copiilor au structural această înclinaţie pentru utilizarea mîinii drepte, toate desenele şi gesturile care solicită o mai mare precizie în execuţie sînt executate cu mîna dreaptă şi totuşi copilul face eforturi să acţioneze şi cu mîna stîngă. Variaţiuni pe tema „abordării" scrisului de către copii sînt extrem de numeroase.

Promovarea ambidextriei

Copilul de vîrstă preşcolară poate fi educat pentru a utiliza, cu bune rezultate, ambele mîini. Educarea ambidextriei poate fi realizată firesc, pe baza conţinutului

programei analitice, însă numai insistînd ca acţiunile să fie executate alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu mîna stîngă.

Pentru a determina lateralitatea preferenţială a mîinii (după M. Auzias, 1975, p. 24) i se solicită copilului să aprindă un chibrit; să treacă apa dintr-o cană în alta (transvazare); să picure cu pipeta; să înfigă un ac cu gămălie într-un dop de plută; să şteargă un pantof cu peria. Preferinţa manuală, dreapta sau stînga, va fi relevată de o manieră indubitabilă. Testarea se desfăşoară la masa de lucru, unde este plasat obiectul ce urmează a fi manevrat. Copilul are ambele antebraţe sprijinite pe masă, cu palma în pronaţie (cu faţa palmară pe masă). În dreptul palmelor, la distanţă egală, este plasat obiectul (sau obiectele) pe care trebuie să-l manevreze pentru a realiza testul. Se urmăreşte, cu care mînă începe acţiunea, dacă cealaltă mînă a rămas sau nu în aceeaşi poziţie pe masă; cu care mînă a apucat obiectul pentru a executa acţiunea şi cu care mînă fixează obiectul asupra căruia se execută acţiunea

Sînt situaţii în care copilul începe acţiunea principală cu mîna dreaptă, dar, după două-trei execuţii, schimbă mîna. Pentru a avea o privire de ansamblu asupra lateralităţii, i se solicită copilului să execute aceleaşi acţiuni şi cu cealaltă mînă. Preferinţa manuală şi calitatea execuţiei vor parafa dacă este dreptaci sau stîngaci. Pe baza probelor care pun în valoare nivelul motric al segmentelor, se stabileşte coeficientul de lateralitate Q.L. (M. Auzias, 1975, p. 85).

Stabilirea lateralităţii copilului de vîrstă şcolară mică

Preferinţa laterală la această grupă de vîrstă vizează trei niveluri: dominanta manuală, dominanta oculară şi dominanta podală (pentru care anume picior).

Dominanta manuală poate fi pusă în evidenţă utilizînd o largă baterie de teste ce include activităţi cotidiene: cules boabe de fasole şi introdus într-un tub cu diametrul de 3 cm.; împărţit cărţile de joc; aruncarea unor mingi la un coş aşezat pe sol 40/40 cm, la distanţa de 4 m pentru 7-8 ani, 4,5 m pentru 8-9 ani, 5m pentru 9-10 ani şi 5,5 m pentru 10-11 ani. Testarea acestor deprinderi motrice se poate extinde şi pentru aruncarea mingii de oină sau de tenis de cîmp la o ţintă verticală la distanţa de 3-4 m. Toate aceste probe se execută cu o mînă, apoi cu cealaltă mînă.

Dominanta oculară: pentru a determina această preferinţă, se foloseşte un tub cu diametrul de 4 cm, oferit copilului pentru a privi un tablou fixat la distanţa de 2-3 m. Se urmăresc mîna cu care apucă tubul şi ochiul la care îl duce, pentru a privi tabloul.

Dominanta podală: pentru a stabili preferinţa pentru un picior sau altul, se urmăresc uşurinţa, rapiditatea şi precizia cu care copilul poate executa cu piciorul drept sau stîng o acţiune comandată: lovirea mingii pentru a atinge o ţintă; conducerea mingii printre jaloane; sărituri ca mingea într-un picior; şotron, la început simplu, apoi cu deplasarea unui obiect; se urmăresc piciorul cu care începe acţiunea, corectitudinea acţiunilor executate cu piciorul drept sau stîng, rapiditatea şi precizia în execuţie.

Promovarea ambidextriei, sub toate cele trei forme ale ei, prezintă unele particularităţi legate de modul în care educatorul reuşeşte să determine copilul să-şi alterneze conştient mişcările: pe o mînă, apoi pe cealaltă.

Este esenţial ca mişcările să fie bine înţelese de copil. În acest fel, el va fi în situaţia de a înţelege mai bine pentru ce se solicită ambele mîini; cum pot fi executate

mişcările cît mai corect; cînd poate să schimbe mişcarea de pe o mînă pe alta; de ce nu poate executa mişcările la fel de bine cu ambele mîini; ce trebuie să facă pentru a reuşi să execute aproape la fel de bine cu ambele mîini.

Terapeutul trebuie să orienteze în aşa fel sistemul de acţionare, încît copilul, treptat, să-şi poată da singur răspuns la aceste întrebări. Analiza modului în care se pot clasifica copiii relevă, după o primă constatare, că în cauză intră mai multe grupe: grupa celor cu aptitudinea de a acţiona cu mîna dreaptă; grupa celor cu aptitudinea de a acţiona cu mîna stîngă; grupa celor cu o evoluţie incertă, în sensul că unele acţiuni sînt executate cu mîna dreaptă, iar altele cu mîna stîngă; grupa celor care acţionează cu mîna stîngă, dar fără a putea fi incluşi în grupa ambidextrilor; grupa ambidextrilor care, utilizează ambele mîini aproape la acelaşi nivel de eficienţă (constatată de unii autori la o pondere de numai 4%).

În această problemă, atenţia trebuie concentrată, în principal, asupra modului în care copiii preşcolari din grupa mare şi, în continuare, cei din grupa pregătitoare manifestă aptitudinea de a utiliza ambele mîini pentru a trasa semnele grafice. Va trebui acordată o atenţie deosebită copiilor care, deşi cu înclinaţie pentru folosirea mîinii stîngi, au prezentat, în urma aplicării bateriei de teste, tendinţa de a utiliza, cu rezultate bune, ambele mîini. Promovarea ambidextriei, încă de la această grupă de vîrstă, trebuie considerată ca o necesitate.

Stabilirea raportului dintre copiii cu abilitate pentru mîna dreaptă şi cei cu abilităţi pentru mîna stîngă ar trebui să devină o obligaţie prioritară, pentru cadrul didactic ce se ocupă de educaţia copiilor, în perioada de creştere şi dezvoltare.

Învăţămîntul preşcolar este acela care oferă cele mai bune condiţii pentru a decela abilităţile pentru utilizarea mîinii drepte sau stîngi ori a ambelor mîini în efectuarea actelor motrice uzuale. În acest context, promovarea ambidextriei poate influenţa favorabil uşurinţa de a utiliza cu eficienţă ambele mîini în efectuarea actelor motrice uzuale; obişnuinţa de a folosi cu preponderenţă mîna dreaptă sau stîngă în realizarea semnelor grafice; capacitatea de a se adapta la acţiunile care solicită alternativ mîinile în condiţiile unor jocuri special organizate.

Studiul lateralităţii preferenţiale, în ceea ce îi priveşte pe stîngaci, pune în discuţie o problemă cu valenţe acute, care se referă la aparatura din domeniul electronicii, proiectată pentru a fi utilizată numai de către dreptaci. Din acest punct de vedere, preocuparea de a-i determina pe copiii cu orientare spre mîna stîngă să acţioneze cu aceeaşi uşurinţă, rapiditate şi precizie şi cu mîna dreaptă, iar dreptacilor să li se formeze deprinderea de a apuca, folosi şi manevra obiectele şi cu mîna stîngă, ar trebui considerată ca o cerinţă a societăţii contemporane. Această orientare va fi de natură să-i pregătească pe copii, dacă năzuinţele lor vor fi îndreptate spre activitatea sportivă de performanţă, să poată obţine rezultate mai bune, avînd la dispoziţie ambele mîini sau ambele picioare. O atenţie deosebită va trebui acordată lateralităţii vizuale, care se pare că este în relaţie şi cu lateralitatea normală. Se poate vorbi despre o stîngăcie puternică, în condiţiile în care copilul execută majoritatea activităţilor cu mîna stîngă, după cum se poate vorbi şi despre o stîngăcie slabă, în condiţiile în care copilul nu are o preferinţă certă a prizelor sale. În aceste condiţii, se poate trage concluzia că, atunci cînd acesta execută relativ alternativ, cînd cu o mînă, cînd cu cealaltă o anumită mişcare, este în discuţie un copil cu o lateralitate variabilă, iar dacă

se asociază şi lateralitatea vizuală, se poate face afirmaţia că încă nu este stabilită precis lateralitatea dar că evoluează latent spre ambidextrie.

Dacă, pe parcursul desfăşurării bateriei de teste, copilul, în mod conştient sau accidental, apucă obiectul cu mîna stîngă, putem afirma că este o lateralitate slabă (sau întîmplătoare). Trebuie făcută precizarea că, pentru un dreptaci, această formă de lateralitate nu trebuie să fie constatată la mai mult de 2-3 manevre cu mîna stîngă.

Lateralitatea vizuală şi grafică

Analiza probelor efectuate relevă modul în care este utilizată priza pentru manevrarea obiectelor. În acest sens, prizele se clasifică în: bidigitale, tridigitale şi polidigitale (globale). Priza tridigitală este strîns legată de grafism, motiv pentru care trebuie urmărită mai ales sub raportul corectitudinii cu care se execută această acţiune. Trebuie însă admisă şi realitatea că această priză are, la rîndul ei, o gamă suficient de largă de prezentare. Analiza poziţiei degetelor în timpul menţinerii instrumentului de scris relevă faptul că policele poate fi în semiflexie, întins sau în extensie uşoară; indexul poate fi cu falangele în semiflexie, cu falanga mijlocie şi distală în extensie, iar falanga proximală în flexie; medianul poate fi în extensie, cu cele trei falange, sau în semiflexie, cînd instrumentul de scris se sprijină pe falanga distală pe partea sa laterală sau pe faţa palmară. Se întîlneşte o particularitate în menţinerea instrumentului, cînd acesta este plasat între index şi median, iar policele are rolul de a-l susţine.

În exprimarea grafică a literelor, este de urmărit modul în care mîna dominantă asigură manevrarea instrumentului de scris. În această privinţă, priza asigură stabilitatea instrumentului între cele trei degete; sprijinul mîinii pe suprafaţa ce urmează să fie aplicate semnele grafice; controlul conştient al mişcărilor fine ale mîinii, pentru a executa, cît mai corect semnele grafice.

Există o predispoziţie genetică pentru utilizarea uneia sau alteia dintre mîini. Este însă demonstrată (cercetările o confirmă) marea plasticitate a scoarţei cerebrale la vîrste între 3 şi 6 ani. Acceptînd aceste realităţi, educarea ambidextriei revine, în mare parte, şi educatorilor, iar activităţile prevăzute în acest scop să nu fie facultative, ci parte componentă a programei de învăţămînt.

După Seifert (citat de R. Manno, 1993, p. 163), partea corporală utilizată preponderent este produsul unei adaptări la mediu, care rezultă dintr-o practică unilaterală timpurie, la care, după părerea autorilor, nu poate fi exclus, sub nici o formă, bagajul genetic.

S-a demonstrat că antrenamentul unui singur braţ produce, de asemenea, o ameliorare a celuilalt braţ şi că, antrenînd ambele părţi, se obţin rezultate mai bune decît dacă se limitează antrenarea la un singur braţ.

S-a demonstrat că pînă la vîrsta de 7 ani precizia mişcării este oarecum egală pentru ambele braţe, dar că precizia părţii dominante creşte o dată cu vîrsta şi se conturează definitiv pe parcursul profesionalizării.

Educarea mîinii şi degetelor

Mîna este un organ perceptiv-motor esenţial al speciei umane, organ a cărui arie de comandă ocupă în emisferele cerebrale un loc preponderent, ceea ce impune să i se acorde o atenţie mai deosebit pe planul educaţiei psihomotrice. Motricitatea manuală

trebuie privită sub raportul relației sale cu schema corporală. Analiza mișcărilor mîinii trebuie realizată de la nivelul cotului, întrucît majoritatea mușchilor motorii ai degetelor sînt inserați pe antebraț, iar mișcările de prehensiune sînt coordonate de la acest nivel.

Atenția terapeutului, în cadrul procesului de reeducare psihomotrică, trebuie să fie orientată și spre promovarea modalităților de acționare independentă a mîinilor și degetelor, decisivă pentru asigurarea coordonării mișcărilor, în special a celor de opoziție a policelui și dexteritate manuală în gesturile complexe.

Utilizînd mijloacele de reeducare a mîinii și degetelor, terapeutul va ține cont și de faptul că sistemul de mijloace selecționat trebuie raportat la capacitatea de înțelegere și de exprimare motrică a copilului, asigurînd poziția inițială din care acesta trebuie să înceapă exercițiul, chiar dacă va fi ajutat în acest sens; priza folosită de copil pentru a apuca obiectul cu care va acționa, direcția și sensul în care trebuie executată mișcarea, precum și modul în care trebuie să finalizeze acțiunea respectivă, vor fi în prealabil exersate; dificultatea exercițiilor va fi în raport cu capacitatea de adaptare la solicitări a copilului.

Educarea prehensiunii

Prehensiunea este o deprindere motrică naturală, cu care copilul se naște și care înscrie o evoluție extrem de complexă, pe întreg parcursul procesului de creștere și dezvoltare. După vîrsta de 7-8 ani, educarea mîinii și degetelor, prin intermediul unor exerciții ce au o adresabilitate precisă pentru prehensiune, este de bun augur, în condițiile în care se urmărește dobîndirea preciziei și armoniei mișcărilor.

Educarea prehensiunii este un obiectiv subordonat perfecționării mișcărilor mîinii în vederea însușirii unor abilități normale, necesare în activitățile cotidiene. Ceea ce interesează cel mai mult în procesul de prehensiune, privește, în principal, formarea și dezvoltarea capacității de a executa mișcările de opozabilitate dintre police și celelalte degete ale mîinii.

Pentru efectuarea prizei, se recurge la poziții din așezat, cu coatele sprijinite pe masă, antebrațele în flexie, palmele apropiate. Se consideră că din această poziție devine accesibilă toată gama de mișcări ce permit abducția și adducția degetelor, la limitele lor extreme. Asemenea exerciții pot fi realizate și din poziția de stînd la marginea unei mese, cu palmele în pronație aplicate pe suprafața mesei, în intenția de a asigura o mobilizare laterală a degetelor cît mai amplă.

Pentru asigurarea suportului kinestezic al mișcărilor, se recurge la rularea palmelor pe un bastonaș înainte și înapoi, exercițiu ce contribuie la formarea senzațiilor de mișcare la nivelul palmelor. Procesul de reeducare a prehensiunii parcurge trei etape: în prima etapă se exersează apucarea obiectului prin cuprinderea nediferențiată a degetelor (priză globală); în cea de-a doua se practică apucarea obiectelor, prin opozabilitatea policelui cu toate cele patru degete, iar în cea de-a treia, apucarea obiectelor prin opozabilitatea diferențiată dintre police și fiecare dintre degete, în parte.

Aceste tipuri de apucare și manevrare sînt în funcție de forma, volumul și greutatea obiectului, iar conceperea acestor exerciții rămîne la latitudinea terapeutului.

Abilităţile manuale

Dobîndirea abilităţilor manuale de către copilul cu tulburări psihomotrice are ca obiectiv prioritar funcţionalitatea mîinilor, ce constă în uşurinţa, precizia, rapiditatea şi eficienţa gesturilor motrice cu care copilul angajează mîinile în mişcare. Modul deficitar în care aceste cerinţe sînt sau nu îndeplinite se caracterizează prin lipsă de coordonare, lentoare în mişcarea mîinilor şi a degetelor, incapacitatea de a asocia mişcarea obiectelor cu cea a mîinilor, dificultate în asocierea privirii cu mişcarea mîinilor şi a degetelor, neînţelegerea unor acţiuni motrice solicitate de terapeut şi altele.

În aceste condiţii, procesul de reeducare psihomotrică trebuie să fie direcţionat spre realizarea următoarelor obiective:

– să se acţioneze prin intermediul celor mai simple gesturi motrice pe care copilul le execută în mod curent: igiena personală, servirea mesei, echipare şi dezechipare etc.;
– se urmăreşte efectuarea corectă a gesturilor motrice executate cu mîna dominantă, apoi cu cea minoră; se execută apucarea, manevrarea şi plasarea obiectelor de la cele mai uşoare pînă la cele mai grele;
– apucarea obiectelor să se execute în funcţie de forma şi greutatea lor;
– copilul să-şi adapteze poziţia corpului şi membrelor superioare pentru a reuşi să efectueze apucarea şi manevrarea cît mai corecte şi eficiente.
– să se urmărească, foarte atent, ca educarea abilităţilor manuale să fie efectuată în condiţii standard, dar, treptat, şi într-o varietate progresivă de situaţii;
– timpul afectat educării abilităţilor manuale să fie judicios stabilit, pentru a evita starea de oboseală şi de accentuare a dificultăţilor;
– este preferabil, ca acţiunile să fie repetate de două sau trei ori pe zi, decît să se acţioneze pe fond de oboseală;
– obiectele cu ajutorul cărora se realizează educarea abilităţilor manuale nu trebuie să pună în pericol integritatea corporală a copilului;
– în funcţie de nivelul tulburării psihomotrice, să fie selecţionate acele gesturi care să-i ofere posibilitatea de profesionalizare.

Educarea abilităţior manuale

Iscusinţa de a apuca şi manevra obiectele poate fi educată prin angrenarea mîinilor în acţiuni metodic organizate, care să fie efectuate prin mînuirea bastonaşelor (tuburi din plastic de culori diferite) cu dimensiunile de 2,5-10 cm în diametru şi cu lungimea de 25-50 cm, bastoane de gimnastică, dar şi prin intermediul mingilor inflexibile (de oină sau medicinale), a bilelor de diferite dimensiuni, a mingilor elastice (tenis de cîmp şi de masă, handbal, volei, baschet) şi a baloanelor. Abilităţile manuale sînt puse în valoare şi prin mînuirea de către copil a jucăriilor, păpuşilor, dar şi a obiectelor casnice cu care vine în contact.

Mînuirea bastonaşului:

– din stînd, apucă bastonaşul între police şi index, apoi medianul, inelarul şi auricularul; se revine la poziţia iniţială; acţiunea este executată cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; după un număr de repetări, cînd se constată uşurinţă în execuţie, se poate executa acţiunea simultan cu ambele mîini;

– bastonaşul ţinut de la un capăt în mînă, prin mişcarea degetelor să se execute deplasarea bastonaşului de la un capăt spre celălalt, de cîteva ori; se execută cu o mînă, apoi cu cealaltă;
– bastonaşul menţinut în palmă la orizontală, prin mişcarea degetelor să se execute răsucirea bastonaşului într-un sens şi în celălalt; mişcarea este executată de police şi degetele II-V, auricularul asigură mişcarea de răsucire;
– bastonaşul menţinut în palmă, în echilibru; este aruncat şi prins cu aceeaşi mînă; se trece la aruncarea cu mîna dreaptă şi prinderea în mîna stîngă;
– bastonaşul ţinut între palmele celor două mîini; prin mişcarea de alunecare a palmelor, una peste alta, bastonaşul va fi rotit, urmărindu-se ridicarea şi coborîrea lui de la un capăt la celălalt; degetele vor fi menţinute în extensie, coatele flectate.

Mînuirea bastonului. Utilizarea bastonului în procesul de reeducare psihomotrică impune ca terapeutul să-i explice copilului poziţia iniţială din care începe exerciţiul, tipul de priză prin care poate acţiona, direcţia şi sensul mişcărilor pe care trebuie să le execute, unele indicaţii metodice privind modul în care poate utiliza acest instrument*;
– stînd, braţele întinse înainte, bastonul apucat de la capete, deplasarea alternativă a mîinilor spre mijlocul bastonului, revenire la poziţia iniţială;
– stînd depărtat, braţele flectate la nivelul coatelor, bastonul apucat de jos cu ambele mîini de la mijloc, uşoară aruncare a bastonului în sus şi prinderea lui pe dosul palmelor;
– stînd depărtat, bastonul la orizontală, apucat cu o mînă de la mijloc: aruncarea şi prinderea bastonului dintr-o mînă în alta;
– stînd depărtat, braţele întinse înainte, bastonul la orizontală, apucat cu mîna în pronaţie: trecerea rapidă a bastonului dintr-o mînă în cealaltă (cernutul); acelaşi exerciţiu, numai că bastonul este menţinut pe verticală, apucat de mijloc, aruncarea se execută la nivelul pieptului;
– stînd depărtat, bastonul apucat de capăt cu mîna dreaptă: balansarea braţelor în lateral cu schimbarea bastonului dintr-o mînă în alta, în faţă şi în spate;
– stînd depărtat, braţul drept în lateral cu bastonul apucat de capăt: rotarea din articulaţia pumnului cu deplasarea bastonului în sus, apucarea bastonului cu mîna stîngă şi continuarea rotării bastonului, deplasarea bastonului prin rotare în lateral, apoi în faţă, unde se face schimbul cu celălalt braţ;
– stînd, bastonul ţinut în echilibru pe palmă: se execută un pas înainte, un pas înapoi, un pas spre dreapta, un pas spre stînga, se flectează uşor genunchii şi se revine în poziţia iniţială.

Mînuirea mingii medicinale. Mingea medicinală† poate fi utilizată cu bune rezultate şi în procesul de reeducare psihomotrică. Este motivată această orientare prin

* Notă: apucarea bastonului poate fi efectuată astfel: cu ambele mîini de sus (mîinile în pronaţie), cu ambele mîini de jos (mîinile în supinaţie), apucare mixtă (o mînă de sus, cealaltă de jos).
† În condiţiile în care nu dispune de mingi medicinale de 0,5-2 kg, terapeutul poate confecţiona una dintr-o minge de handbal sau volei mai veche, care poate fi umplută cu diferite deşeuri textile pînă la greutatea corespunzătoare.

faptul că oferă posibilitatea de educare a manualităţii; de utilizare a exerciţiilor de dezvoltare fizică generală; contribuind la dezvoltarea echilibrului şi la consolidarea unor deprinderi motrice de bază.

Marea varietate a exerciţiilor cu mingea medicinală obligă terapeutul să acorde o mare importanţă părţilor corpului ce vor fi implicate în acţiune; modalităţilor de efectuare a acţiunilor vor fi individuale, în doi sau în grup (în cadrul parcursurilor aplicative). Obiectivul principal ce determină utilizarea acestui obiect este legat de obişnuirea copilului cu o priză cît mai corectă pe minge; gradul de dificultate al acţiunilor va fi raportat la nivelul de pregătire al copilului.

Pentru ţelul pe care îl urmăreşte, terapeutul trebuie să observe atenţia pe care copilul o acordă modului de manevrare a mingii: dacă pentru a prinde mingea întinde braţele; dacă după ce a intrat în posesia ei amortizează şocul prin flectarea braţelor; dacă evită să oprească mingea pe piept.

Terapeutul are datoria să alterneze efortul cu odihna. Efortul depus de copil, atunci cînd se utilizează mingea medicinală, poate fi reglat prin schimbarea poziţiilor iniţiale; modificarea gradată a greutăţii mingilor; creşterea treptată a numărului de repetări; trecere de la executarea individuală la executarea cu partener, iar mai apoi la executarea acţiunilor în grup.

Exerciţii cu mingea medicinală:

– stînd, cu picioarele depărtate, mingea ţinută cu ambele mîini în dreptul bazinului; i se cere copilului să mişte mingea între palme: înainte, înapoi, sus, jos, să o treacă pe o mînă, apoi pe cealaltă;
– stînd depărtat, mingea ţinută cu ambele mîini în faţa coapselor: ridicarea braţelor la orizontală, la verticală, în uşoară extensie, revenire la poziţia iniţială;
– stînd depărtat, mingea ţinută cu ambele mîini în faţa coapselor: ridicarea mingii înainte la orizontală şi trecerea ei pe un singur braţ, fiind sprijinită pe palmă; celălalt braţ este menţinut deasupra mingii, pe care o atinge doar cu vîrful degetelor; la revenirea în poziţia iniţială, acţionează ambele mîini; se execută aceleaşi exerciţii şi cu cealaltă mînă;
– stînd depărtat, mingea ţinută cu ambele mîini în dreptul pieptului: întinderea braţelor înainte la orizontală, revenire, întinderea braţelor în sus deasupra capului, revenire la poziţia iniţială;
– stînd depărtat, mingea ţinută cu ambele mîini în dreptul pieptului: trecerea mingii în palma dreaptă, întinderea braţului la verticală şi revenire la poziţia iniţială; se execută aceeaşi acţiune şi cu celălalt braţ;
– stînd depărtat, coatele flectate, mingea susţinută pe palme, în faţa corpului: prin flectarea bruscă a mîinilor, aruncarea mingii în sus şi prinderea ei; se execută aceleaşi exerciţii, numai că aruncarea mingii se execută prin flectarea bruscă a antebraţelor, iar prinderea prin poziţionarea palmelor în funcţie de căderea mingii;
– stînd, antebraţele flectate, mingea sprijinită pe palme: îndoirea genunchilor, urmată de întinderea lor, o dată cu ducerea braţelor prin înainte în sus şi lansarea mingii; în cădere, mingea este prinsă, iar amortizarea se face prin flectarea genunchilor şi apropierea braţelor de bazin;

- se flectează picioarele ţinînd mingea la nivelul bazinului; se extind picioarele şi se duc braţele spre înainte fără a lansa mingea; se lansează mingea numai prin acţiunea braţelor; se prinde mingea, urmată de flectarea lentă a picioarelor;
- stînd depărtat, mingea sprijinită pe palmă deasupra umărului, braţul fiind flectat la nivelul cotului: întinderea braţului şi lansarea mingii spre mîna cealaltă pe deasupra capului; se repetă acţiunea şi cu celălalt braţ;
- cîte doi faţă în faţă, stînd depărtat, un partener are o minge medicinală ţinută la nivelul coapselor: prin balansarea braţelor spre înainte lansează mingea către partener; partenerul, la un interval de 1 m, stînd depărtat, cu braţele întinse oblic înainte, aşteaptă să preia mingea; la contactul cu mingea, flectează uşor braţele de la nivelul coatelor pentru a amortiza şocul; acest exerciţiu se execută în următoarele secvenţe: partenerii sînt plasaţi faţă în faţă la interval de 0,5 m; mingea este transmisă din mînă în mînă; se execută deplasarea cu o lungime de talpă de către ambii parteneri (mingea trebuie să descrie o mică traiectorie); treptat, se măreşte intervalul, pînă ce partenerii reuşesc să execute exerciţiul cît mai corect.

Mînuirea mingilor elastice. Se oferă o minge unui copil cu tulburări psihomotrice şi se observă o schimbare în comportamentul lui. Se observă că, deşi nu are îndemînarea necesară pentru a o mînui, el o va rostogoli, o va arunca, o va face să sară lovind mingea cu piciorul sau cu mîna, o va ridica şi va găsi o modalitate de a se bucura că are o minge. Se încearcă a-l ajuta ca bucuria lui să fie deplină prin organizarea modului în care, intrînd în posesia mingii, să ştie cum o poate folosi, iar efectul acţiunilor sale să-i ofere satisfacţii depline.

Spre deosebire de celelalte aparate, mingea elastică oferă copilului posibilitatea de a acţiona liber. Jocul cu mingea este o cale prin care terapeutul reuşeşte să angreneze în mişcare un copil cu tulburări psihomotrice. Importante în acest context sînt modalităţile de acţionare pentru a-l atrage pe copil spre aceste forme de organizare, prin care să se realizeze obiectivele procesului de reeducare psihomotrică.

Atenţia terapeutului trebuie să fie orientată asupra modalităţilor de armonizare a jocului cu comportamentele de bază ale psihomotricităţii. Copilul cu tulburări psihomotrice trebuie ajutat mai mult, ca să se obişnuiască cu folosirea mingii în scopuri educative. Se va urmări ce poate face cu acest obiect, cît de calm sau agitat este, dacă foloseşte mîinile sau picioarele, care sînt manifestările sale generale.

Formarea obişnuinţei de manevrare a mingii elastice

- se oferă o minge pe care copilul o cuprinde cu ambele mîini şi pe care o mişcă în toate direcţiile şi sensurile: sus, jos, înainte, înapoi, la drepta, la stînga;
- cuprinde mingea cu ambele mîini, o trece dintr-o mînă în alta, trece mingea într-o mînă pe care o deplasează în toate direcţiile; execută aceleaşi acţiuni şi cu mîna cealaltă;
- se trece mingea dintr-o mînă în alta, depărtînd uşor mîinile, în acest fel intervenind o fază de zbor a mingii; treptat, mingea este aruncată în sus pentru a fi prinsă în mîna cealaltă, în cădere;
- din aşezat cu picioarele depărtate, terapeutul rostogoleşte mingea: copilul opreşte rostogolirea cu ambele mîini (palmele în pronaţie şi în extensie, degetele în

abducţie), o cuprinde şi o ridică deasupra capului, de unde o aruncă spre terapeut; acţiunea se repetă din poziţia stînd ghemuit şi din stînd; aceeaşi acţiune este executată aruncînd mingea spre un perete; i se cere copilului să arunce mingea în sus şi să o prindă cu ambele mîini; duce mingea în sus cu ambele mîini pînă la nivelul capului, o lasă să cadă, cînd atinge solul şi ricoşează, să încerce să o prindă cu ambele mîini;

- mingea ţinută cu ambele mîini din lateral este împinsă spre sol, cînd revine, să încerce să o cuprindă cu ambele mîini;
- din stînd depărtat, antebraţele flectate, mingea ţinută pe palme, aruncarea mingii în sus şi prinderea ei în căuşul palmelor; la început, lansarea este mai mult o uşoară flexie a palmelor pentru ca, treptat, să se acţioneze şi de la nivelul antebraţelor;
- din stînd, aruncă mingea cu ambele mîini spre sol, în faţa picioarelor, după ce mingea revine şi depăşeşte nivelul mîinilor, în cădere, să o prindă cu ambele mîini, avînd palmele în supinaţie (în sus); după ce este obişnuit copilul cu acest procedeu de prindere a mingii, se trece la prinderea mingii avînd palmele orientate în pronaţie (în jos) atunci cînd mingea este în ridicare;
- se exersează acest procedeu de prindere a mingii din poziţia stînd ca, după un timp, să fie executat şi din mers; în etapa următoare, copilul este pus în situaţia de a exersa aruncarea şi prinderea mingii pe un perete; stînd depărtat la distanţa de 0,5 m de un perete, antebraţele flectate, mingea ţinută în mîini la nivelul pieptului, se execută aruncarea şi prinderea mingii; pe măsură ce copilul se obişnuieşte cu acţiunea de aruncare şi prindere, distanţa dintre acesta şi perete creşte treptat; pentru a mări gradul de dificultate al acţiunilor, pe peretele pe care se exersează aruncarea şi prinderea mingii vor fi plasate diferite forme geometrice (cerc, pătrat, triunghi etc.) în care copilul trebuie să arunce şi să prindă mingea, ceea ce îl va determina să acţioneze cît mai corect pentru a îndeplini obiectivul propus; este de înţeles că această modalitate poate fi folosită numai după ce copilul reuşeşte să stăpînească acţiunile pe care le execută, ceea ce pune în valoare capacitatea sa de coordonare oculo-manuală.
- obişnuinţa cu aruncarea şi prinderea cu ambele mîini oferă condiţii pentru a trece la executarea mînuirii mingii cu o singură mînă; acţiunea parcurge aceleaşi trepte metodice: din poziţia aşezat cu picioarele depărtate, ridicarea mingii în palmă pînă la nivelul umerilor, aruncarea mingii şi prinderea ei pe palmă; treptat, se trece şi prin celelalte etape, pînă se ajunge la poziţia stînd, cînd mingea va fi condusă cu o singură mînă.

Exersarea mînuirii va fi realizată cu mingi din material plastic, colorate. Pe măsură ce copilul se obişnuieşte şi reuşeşte să execute conducerea mingii fără a face prea multe greşeli, se poate trece la mingile de volei, handbal sau baschet.

STRUCTURA SPAŢIALĂ

În perioada de creştere şi dezvoltare, copilul dobîndeşte, treptat, componentele de bază ale psihomotricităţii, într-o manieră de strînsă intercondiţionare. În acelaşi timp, copilul trebuie să dobîndească, să stăpînească şi să diferenţieze şi eul său corporal de lumea exterioară, pentru a fi în măsură să cuprindă în interiorul spaţiului intern schema sa corporală. Perceperea propriului corp asigură copilului şi premisele necesare, care îi vor permite să remarce şi să înţeleagă spaţiul exterior, prin intermediul extero- şi propriocepţiei.

Percepţia spaţiului este, de fapt, un proces mental, care se bazează pe reţinerea experienţelor pe care copilul le-a trăit şi pe care se bazează în acţiunile sale curente. Copilul porneşte de la constatarea potrivit căreia obiectul care este situat la o oarecare distanţă şi plasat într-o oarecare direcţie poate fi apucat şi manevrat, întrucît experienţa pe care a acumulat-o, prin intermediul percepţiei vizuale şi a celor proprioceptive, îi oferă condiţii optime de a realiza gestul motric pe care şi l-a propus (G.B. Soubiran, 1975, p. 221).

Percepţia vizuală îi oferă copilului posibilitatea de a aprecia şi poziţia obiectelor în raport cu eul său corporal, fapt ce-i permite să înţeleagă noţiunile de distanţă şi de orientare a obiectelor în spaţiu.

Percepţia spaţiului, la rîndul ei, are ca punct de plecare percepţia propriului corp, realizată exteroceptiv, prin vizualizarea obiectului, şi proprioceptiv, prin intermediul gesturilor pe care le efectuează pentru a intra în posesia obiectului (A Lapièrre, 1976, p. 429).

Percepţiile spaţiale nu pot fi aşadar disociate de cele temporale, fapt evidenţiat în condiţiile perceperii propriilor mişcări, dar şi a obiectelor care se mişcă în spaţiu.

Percepţia propriilor mişcări îi permite copilului să aprecieze modul în care segmentele sale, precum şi corpul în ansamblul său se mişcă în raport cu spaţiul în care trăieşte. Braţele şi mîinile sînt segmentele ce au capacitatea de a se mişca cu mai multă siguranţă şi precizie, comparativ cu trunchiul, întrucît sînt sub un permanent control vizual. Copilul, în evoluţia sa ontogenetică, este într-o relaţie permanentă cu spaţiul în care trăieşte, prin intermediul braţelor şi mîinilor, dar şi al corpului şi picioarelor. De fapt, acţiunile braţelor şi mîinilor sînt şi primele segmente, prin care se exprimă motricitatea.

Formarea conduitelor şi structurilor spaţiale are ca punct de referinţă afirmaţia lui A. Lapierre (1976, p. 331): „structura spaţială nu se învaţă, ea se descoperă".

Educarea sau reeducarea psihomotrică trebuie să se bazeze, în principal, pe înţelegerea de către copil a acţiunii ce urmează a fi însuşită. Copilul trebuie să fie pus

în situaţia de a asculta, pricepe, reţine (memora), şi reda (executa) conţinutul noţiunii pe care educatorul sau terapeutul o prezintă.

Procesul de educare sau reeducare psihomotrică nu poate fi conceput fără o prealabilă percepere, de către copil a jocului culorilor şi sunetelor.

Culorile

Este nu numai o necesitate, ci o datorie de a oferi copilului posibilitatea de a percepe culorile, în funcţie de implicaţiile lor neuro-psihice. Efectele psihologice ale culorilor se regăsesc în reducerea oboselii, crearea unei atmosfere cromatice plăcute, atenuarea senzaţiei de claustrare, stimularea preocupărilor intelectuale (roşu), efecte emotive (portocaliu), vizuale (galben), rol calmant, crearea de bună dispoziţie, efecte reconfortante pentru sistemul nervos şi activitatea cerebrală. În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, privită din acest unghi, sînt recomandate culorile care influenţează benefic activităţile profesionale. Este cunoscut faptul că, atunci cînd sînt utilizate obiecte cu culori închise, acestea determină efecte depresive, în timp ce culorile deschise au efecte stimulatoare, tonice, dar şi odihnitoare sau de relaxare.

Trebuie să i se ofere copilului o paletă de culori, într-o mare varietate de forme şi dimensiuni, în cazul obiectelor, cum ar fi jucăriile viu colorate, mingile de diferite mărimi şi culori, pentru a fi apucate şi manevrate cu ambele mîini sau cu o singură mînă; piese din lemn sau plastic de diferite forme geometrice.

Perceperea culorilor de către copil, prin intermediul unor obiecte colorate cît şi prin realizarea unor desene, pe care să le coloreze, impune urmărirea atentă a modului în care acesta răspunde la solicitări, în cauză fiind capacitatea sa de a acţiona prin intermediul mîinilor, pentru a utiliza instrumentele de lucru – creion, cretă, pensulă – sau degetele pentru modelaj; înţelegerea structurii şi formei obiectelor, pe care trebuie să le redea prin desen, şi a modului în care pot fi colorate; capacitatea de a recunoaşte culorile, de a şti să le aleagă în funcţie de temă, dar şi de modul în care trebuie să le combine, pentru a realiza imagini coerente, care să prezinte armonie şi luminozitate; discernămînt în alegerea culorilor (acuarelă, tempera, guaşă), în funcţie de materialul pe care trebuie să-l aplice; posibilitatea de a colora unele suprafeţe în două culori, respectînd liniile care delimitează suprafeţele, direcţiile şi grosimile liniilor, cît şi alternarea culorilor, pentru a obţine o imagine colorată şi corect reprodusă; maniera de a organiza spaţiul de lucru în funcţie de poziţia imaginii pe care trebuie să o redea, de mărimea imaginii, de dimensiunile diferitelor componente ale imaginii; adoptarea unei poziţii ergonomice, care să faciliteze accesul la planşeta de desen şi la materialele ce urmează a fi utilizate pentru desen, pictură sau modelaj.

Poziţia corectă a corpului este o condiţie esenţială pentru o bună coordonare oculo-manuală, asigurînd menţinerea constantă a distanţei dintre ochi şi suprafaţa de lucru.

Sunetele

Sunetele constituie un stimul cu mare încărcătură afectivă, care acţionează pe sistemul cu o mare încărcătură afectogenă care acţionează pe sistemul activizator, la nivelul releului cortico-subcortical. Sunetul, ca şi muzica, în general sînt acceptate fără o prealabilă filtrare la nivel cognitiv, ci numai la nivel afectiv: place sau nu place (C.

Păunescu-Muşu, 1990, p. 255). Percepţia sunetelor se regăseşte în temelia pe care se clădeşte „memoria auditivă". De fapt, sunetele sînt cel mai bun mijloc de a asigura relaţia copilului cu mediul în care trăieşte.

Pornind de la glasul mamei pe care, destul de timpuriu, îl recunoaşte şi pînă la întreaga gamă de sunete (zgomote) pe care le percepe, copilul dobîndeşte, treptat, capacitatea de adaptare la mediul înconjurător.

Perceperea sunetelor de către copil vizează următoarele aspecte: dezvoltarea capacităţii de a recepţiona şi înţelege semnificaţia sunetelor emise de corzile vocale proprii sau ale altor persoane; formarea deprinderii de a recepţiona sunetele, de a le identifica şi diferenţia; educarea deprinderii de a pronunţa cît mai corect cuvintele; antrenarea funcţiei respiratorii pentru a reuşi să îndeplinească următoarele obiective: dezvoltarea armonioasă a musculaturii toraco-abdominale în tandem cu participarea diafragmatică, ca factori activi ai respiraţiei; creşterea treptată a capacităţii respiratorii cu preocupare pentru volumele de aer complementar şi aerul curent (inspirator şi expirator de rezervă); dobîndirea unui potenţial ridicat de dirijare corectă a respiraţiei, exprimată prin concordanţa deplină între expiraţie şi inspiraţie; educarea metodică a inspiraţiei nazale, pentru a fi executată cu uşurinţă şi eficienţă.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică trebuie să se asigure condiţii optime pentru cultivarea perceperii de către copil a sunetelor, acestea avînd rolul de a contribui la „formarea urechii", la dezvoltarea atenţiei, a memoriei auditive, a receptivităţii şi sensibilităţii muzicale.

Apelînd la sunetele muzicale, la muzică, terapeutul urmăreşte să educe vioiciunea, promptitudinea reacţiei corporale şi manifestările spontane ale trăirilor sale psihice. Ascultînd muzica, copilul are reacţii corporale, manifestate prin mişcări, pe care încearcă să le adapteze ritmului impus de structura compoziţiei muzicale. Terapeutul, la rîndul său, urmăreşte să-l obişnuiască pe copil să se exprime într-o gamă cît mai variată de forme de mişcare a corpului şi segmentelor sale, pornind de la mers cadenţat, alergare sau uşoare sărituri pe loc, în strict acord cu ritmul impus de cerinţele frazei muzicale sau prin sunete ritmate. Ascultînd muzica ritmică, copilul este tentat să exploreze posibilităţile sale de mişcare, prin execuţia unor gesturi armonice, care să fie în strictă concordanţă cu ritmul impus de muzică.

Orientarea procesului de educare şi reeducare psihomotrică pentru perceperea sunetelor, indiferent de forma lor de manifestare, este cea care se află la originea memoriei auditive, care, la rîndul ei, asigură integrarea copilului în structurarea timpului parcurs, precum şi în activitatea de însuşire a deprinderilor legate de dobîndirea scrisului şi a lecturii (Pick-Vayer, 1968, p. 118).

În acest cadru conceptual, organizarea activităţii educative sau reeducative trebuie să fie orientată spre: formarea şi dezvoltarea capacităţii de a percepe şi recunoaşte timbrul sunetelor produse de diferite surse sonore: clopoţel, fluier, vioară, tobă, cheia în uşă, lovirea cu un beţigaş a unui pahar, farfurie, capac de oală etc.; formarea deprinderii de a pronunţa corect, clar şi expresiv cuvintele dintr-un cîntec; educarea deprinderii de a percepe, recunoaşte şi reproduce prin intonaţii însuşirile sunetului (înălţime, durată, intensitate şi timbru); perceperea diferitelor sunete şi adaptarea mişcărilor, în funcţie de rimtul impus; orientarea spaţială, în condiţiile lipsei

de control vizual, în funcţie de locul de unde provine sursa sonoră; formarea deprinderii de a imita timbrul sunetelor, în funcţie de sursa sonoră care le produce.

Achiziţia de către copil a conceptelor de culoare şi sunet facilitează înţelegerea şi dobîndirea abilităţilor perceptiv-motrice privitoare la spaţiu şi timp.

Conduitele şi structurile spaţiale

Spaţiul este perceput pe plan mental, urmare a observării de către copil a faptului că unele obiecte din jurul său sînt mai apropiate şi le poate atinge, comparativ cu altele, mai îndepărtate, pe care nu le poate atinge. Treptat, copilul înţelege că aceste elemente ocupă poziţii diferite, că sînt orientate în direcţii şi la distanţe variabile, că unele sînt deplasate de la locul lor şi că aceste mişcări le poate raporta la sine, la schema sa corporală.

Dobîndirea de către copil a structurii spaţiale se fundamentează pe baza încercărilor şi reuşitelor directe a acţiunilor orientate spre structurile şi conduitele spaţiale precum şi pe „învăţarea mentală" a noţiunilor spaţiale pentru care există o experienţă anterioară.

După A. De Meur şi A. Lapièrre, etapele de înţelegere şi utilizare a structurilor spaţiale au la bază cunoaşterea noţiunilor spaţiale; orientarea spaţială; organizarea spaţială şi înţelegerea relaţiilor spaţiale.

În toate etapele se apelează la un trinom de tehnici terapeutice, şi anume: exerciţii motorii, exerciţii senzorio-motorii şi exerciţii perceptiv-motorii (Păunescu şi Musu, 1990, p. 162).

Cunoaşterea noţiunilor spaţiale

Cunoaşterea de către copil a noţiunilor spaţiale, care să-i permită să se încadreze, să se orienteze şi să acţioneze corespunzător în diversele situaţii în care s-ar putea afla, necesită un proces de pregătire de o mare diversitate, în care vor fi abordate noţiuni despre mişcare, mărime, forme cantitate, greutate şi de număr, situaţii posibile, care vor fi analizate, fiecare în parte.

Noţiunea de mişcare, componentă de bază a motricităţii, se referă la acele grupe de mişcări pe care individul trebuie să le execute, atunci cînd are de îndeplinit o acţiune. Principalele noţiuni pe care copilul trebuie să le înţeleagă şi să le aplice, sînt cele ce privesc mişcările corpului şi ale segmentelor sale, orientate spre adaptarea la cerinţele impuse de mediul ambiant.

Mersul este forma de deplasare care asigură copilului posibilitatea de a lărgi aria de cunoaştere şi înţelgere a mediului înconjurător. În timpul mersului, atenţia terapeutului trebuie să fie orientată asupra modului în care copilul alternează braţul cu piciorul opus, rularea corectă a labei piciorului: călcîi, talpă, vîrf; plasarea labei piciorului pe direcţia de înaintare; menţinerea corectă a capului, gîtului şi trunchiului; asigurarea unei respiraţii corecte în timpul deplasării.

Alergarea, ca mijloc natural de deplasare într-un tempo mai rapid, are un rol determinant în întărirea şi dezvoltarea aparatului respirator, cardio-vascular şi sistemului muscular. Deprinderea şi exersarea alergării necesită o atenţie sporită asupra modului cum este executată păşirea, în care contactul cu solul să fie luat cu

vîrful piciorului, cu asigurarea unei cadenţe egale în alergare. În această privinţă, nu se urmăreşte însuşirea unei anumite tehnici de alergare, ci doar consolidarea ei, în sensul menţinerii unei poziţii corecte a corpului şi sincronizarea dintre respiraţie şi cadenţa paşilor.

Noţiunea înainte-înapoi poate fi înţeleasă numai atunci cînd copilul este în situaţia de a realiza practic această acţiune:

– din stînd, cu o minge elastică sau medicinală în mîini, i se solicită să ducă mingea înainte cu braţele întinse; să ducă mingea înapoi peste cap, să revină la poziţia iniţială;
– pe perechi, spate în spate de mîini apucat braţele ridicate deasupra capului; se solicită ca, simultan, să facă un pas înainte şi să revină la poziţia iniţială, prin executarea unui pas înapoi;
– două grupe de cîte 4-6 copii stînd faţă în faţă. Într-o grupă, fiecare copil are cîte o minge. La o comandă, ridică mingea cu ambele mîini deasupra capului şi o aruncă spre înainte la partenerul din faţă. După ce a prins mingea, se întoarce cu spatele la partener şi o aruncă peste cap, înapoi la celălalt partener;
– din stînd pe grupe de cîte 4-6 copii, se aleargă spre înainte pînă la un punct, se opresc şi se deplasează spre înapoi mergînd cu spatele spre locul de unde au plecat.

Noţiunile urcare-coborîre sînt percepute de copil mult mai uşor, întrucît i se solicită să se urce şi să coboare pe o scară fixă. Se utilizează diferite mijloace de a efectua acţiunea, cum ar fi urcarea şi coborîrea pe treptele unei scări, pe banca de gimnastică, pe o denivelare de teren etc.

Căţărarea-alunecarea: presupun asigurarea bazei materiale care să ofere condiţii pentru a efectua acţiunea; se fixează banca de gimnastică, la o înălţime corespunzătoare pe scara fixă; i se solicită copilului să se caţăre pe bancă pînă ajunge la scara fixă, folosind mîinile şi picioarele, iar trunchiul să fie menţinut cît mai aproape de banca de gimnastică; cînd ajunge la scara fixă, se întoarce şi se aşază pe bancă pentru a aluneca pînă ajunge cu tălpile pe sol; terapeutul îl însoţeşte, deplasîndu-se alături de copil; se pot utiliza jocurile: potopul, pisica cocoţată etc.

Aproape-departe: i se oferă copilului o minge, i se solicită să o rostogolească cît mai aproape de locul unde se află el situat; terapeutul marchează locul pînă unde a ajuns mingea şi îi solicită copilului să o ridice şi să o rostogolească cît mai departe; se compară cele două aruncări, pentru a-l convinge pe copil ce înseamnă aproape şi ce înseamnă departe.

Aplecare-îndreptare: din stînd, cu picioarele uşor depărtate, braţele întinse înainte, se solicită copilului să aplece trunchiul spre înainte pînă atinge cu mîinile vîrful picioarelor, şi să îndrepte corpul bătînd din palme; se poate executa aceeaşi acţiune de aplecare şi îndreptare pentru a ridicarea unor obiecte (jucării, mingi, cărţi).

Din grupa mişcărilor legate de manevrarea unor obiecte pot fi utilizate următoarele noţiuni:

A ridica - a transporta: se organizează jocul, adună lucrurile pierdute; pe sol sînt plasate: un coşulet, o minge, o păpuşă, un cub. I se solicită copilului să meargă

(sau să alerge) pentru a ridica şi transporta lucrurile pe care le-a pierdut, să le aşeze pe măsuţă în ordinea în care le-a ridicat de pe sol.

A îndoi - a întinde este acţiunea pe care copilul o poate efectua utilizînd o coală de hîrtie sau de ziar; i se oferă copilului posibilitatea de a îndoi, cît de mult poate, o foaie pe care apoi să o întindă; i se oferă o bucată de ziar pe care trebuie să o strîngă între mîini, după care trebuie să o întindă; în etapa următoare i se solicită să o îndoaie o bucată de ziar cu o singură mînă.

A împinge-a trage: stînd la linia de plecare unde este plasată o minge; la comanda „pleacă", copilul se aşează în patru labe şi împinge mingea cu capul pînă la un punct unde se ridică şi aşază mingea într-un coşuleţ, pe care îl trage pînă la linia de unde a plecat.

A deschide-a închide acţiunea poate fi efectuată cu destulă uşurinţă, luînd în consideraţie vîrsta copilului; i se oferă o carte pe care trebuie să o deschidă şi apoi să o închidă. Se cere să deschidă şi să închidă uşa sau un sertar, să închidă şi să deschidă gura etc.

Noţiunea de situaţie

În faţă-în spate: stînd într-un cerc trasat pe sol, pe marginea cercului este plasată o minge, iar în partea opusă o păpuşă; terapeutul îl îndrumă să intre în cerc şi să privească în ce parte doreşte, la păpuşă sau la minge; la comanda „minge", copilul se apleacă, ridică mingea şi spune: „din faţă în spate", aşază mingea jos şi ridică păpuşa strigînd „din spate în faţă"; dacă este cu spatele la obiectul indicat de terapeut, atunci copilul spune „din spate în faţă"; grupa de copii este plasată în şir, unul în spatele celuilalt sau unul în faţa celuilalt.

În sus-în jos. Stînd cu faţa la masă (scaun, sau raft), pe care sînt plasate unele jucării, iar la picioarele copilului sînt plasate nişte mingi de mărimi diferite; terapeutul îi recomandă ca, atunci cînd spune „mingi", copilul să flecteze picioarele, să apuce o minge, timp în care strigă „jos", cînd se ridică spune „sus", aşază mingea pe masă şi aşteaptă următoarea comandă; se poate organiza şi prin îndreptarea privirii sau mişcarea braţelor în sus, în jos; i se cere copilului să arunce mingea în sus şi să o prindă, să arunce mingea în jos şi să o prindă, cînd revine la de la sol.

Înăuntru-în afară: stînd, pe măsuţă este plasat un coşuleţ, alături se află o minge; i se cere copilului să ia mingea şi să o plaseze înăuntrul coşuleţului; se trece apoi şi i se cere să plaseze mingea în afara coşuleţului; există o multitudine de posibilităţi care ar putea facilita perceperea de către copil a noţiunii de înăuntru şi în afară.

Pe-sub: pornind de la acelaşi procedeu, i se cere copilului să aşeze mingea pe masă sau sub masă; să aşeze jucăriile pe masă şi să le ridice pe acelea care au căzut sub masă; sînt plasaţi pe sol săculeţi cu nisip, la interval de un pas, iar la capătul traseului sînt plasate două scaune, pe care este plasată o scîndură; i se cere copilului să meargă păşind pe săculeţii cu nisip şi să treacă pe sub obstacolul plasat în faţa sa şi să revină la locul de unde a plecat.

Dreapta-stînga: terapeutul plasează pe masă unele jucării, îi solicită copilului să ia jucăria care îi place cel mai mult; mîna cu care apucă este considerată ca fiind de obicei mîna dominantă (preferenţială); se stabileşte care este mîna dominantă, pe care

terapeutul o denumeşte: „ai apucat cu mîna dreapta (sau stînga), cealaltă este mîna stîngă sau dreaptă"; pe masă sînt aşezate mai multe jucării; terapeutul îi recomandă copilului să ridice cubul roşu cu mîna dreaptă, iar pe cel galben cu mîna stîngă; Atenţie! copilul este aşezat cu antebraţele sprijinite pe masă, palmele în pronaţie, iar jucăriile sînt plasate la distanţă egală de cele două palme; culorile pe care trebuie să le aleagă sînt plasate în succesiune, în aşa fel încît copilul să îndrepte mîinile în mod conştient în direcţia în care se află cubul vizat.

În jur: în poziţia stînd, se oferă copilului o curea sau un cordon, pe care acesta trebuie să îl prindă în jurul trunchiului; stînd cu faţa îndreptată spre un grup de 3-4 mingi medicinale, i se cere copilului ca la un semnal, să alerge în jurul mingilor, iar la un nou semnal să se oprească, să se întoarcă şi să continue alergarea în jurul mingilor.

Între: sînt plasate două bănci de gimnastică, la un interval de ½ de pas una de alta; i se cere copilului să se deplaseze între cele două bănci; stînd, între doi copii, la semnal cel din mijloc aleargă îi ocoleşte pe parteneri şi se opreşte între ei, cu faţa în direcţia opusă celei de la plecare.

Noţiunea de mărime

Se plasează în faţa copilului două păpuşi de mărimi diferite; i se cere să arate care păpuşă este mai mare şi care este mai mică; i se prezintă o cană de băut apă şi o ceşcuţă de cafea; i se cere să arate care este mai mică şi care este mai mare; i se prezintă mai multe cuburi de diferite culori şi mărimi; i se solicită să le aşeze în ordine crescătoare; după ce reuşeşte să le poziţioneze corect, i se solicită plasarea lor în ordine descrescătoare, de la mare la mic.

Gros-subţire: i se prezintă copilului un carton şi o foaie de hîrtie pentru a înţelege ce este gros şi ce este subţire; i se prezintă un fir de aţă de cusut şi o bucată de frînghie, pentru a face diferenţa între gros-subţire şi fin; i se prezintă două cărţi, una mică şi subţire şi una mare şi groasă; în acest mod, copilul poate asocia două noţiuni, cele de mare şi de mic îi sînt cunoscute, urmează să-şi precizeze noţiunile de subţire şi gros; cele două cărţi îi oferă posibilitatea de a înţelege şi reţine noţiunile respective.

Îngust-larg: sînt plasate două scaune unul după altul, în continuare sînt plasate două bănci de gimnastică la interval dublu faţă de picioarele scaunelor; se cere copilului să se deplaseze pe sub scaune, fie prin tîrîre, fie prin mers în patru labe, apoi să se deplaseze printre băncile de gimnastică, în lateral prin poziţia în patru labe; în acest mod, copilul înţelege ce este un spaţiu îngust şi ce este un spaţiu larg.

Noţiunea de forme

Lung-lat-scurt: Este prezentată o foaie de hîrtie; se arată că suprafaţa hîrtiei prezintă o margine mai lungă şi una mai scurtă; marginea mai mare este numită lungime, iar cea mai mică este lăţimea; sînt prezentate diferite tuburi din plastic de mărimi diferite; se cere copilului să arate care sînt tuburile mai lungi şi care sînt mai scurte; i se solicită, să aşeze tuburile în ordine crescătoare, de la cele scurte, spre cele lungi, iar în etapa următoare, să le aşeze în ordinea descrescătoare.

Se cere copilului să arate care este lungimea băncii de gimnastică şi care este lăţimea, la fel şi pentru o masă să se arate care este lungimea şi care este lăţimea.

Formele geometrice: obiectele cu care copilul se joacă au forme diferite, iar cunoaşterea acestor forme este un obiectiv, căruia terapeutul trebuie să-i acorde atenţia cuvenită.

Formele rotunde pe care copilul observă că le au mingile, bilele şi baloanele: copilului i se solicită să le ordoneze după mărime şi culoare, iar apoi să le deseneze şi să le coloreze; formele rotunde se remarcă şi prin particularităţi de a manevra aceste obiecte, prin aruncare în sus şi prinderea lor în cădere, de rostogolire pînă la o ţintă, iar pentru mingea elastică, să o lanseze spre sol şi cînd ricoşează să încerce să o prindă.

Formele de dreptunghi sînt şi ele destul de des utilizate în activităţile copiilor; se prezintă o carte cu desene colorate; se atenţionează copilul că forma cărţii este de dreptunghi; se cere să aleagă acele jucării care au această formă, să le ordoneze după mărime şi culoare.

Formele de pătrat, triunghi şi romb trebuie şi ele prezentate copilului, pentru a fi sortate după mărime şi culoare, să le palpeze şi să plimbe degetele pe marginile lor, pentru a aprecia mai bine forma şi consistenţa fiecărui obiect, în fapt, nefiind altceva, decît o educare timpurie a simţului stereognozic; aceiaşi acţiune se poate repeta şi cu ochii închişi.

Se cere copilului să verbalizeze constatările sale, apoi să deseneze şi să coloreze diferit fiecare formă geometrică.

Noţiunea de cantitate

Plin-gol. Sînt prezentate două pahare goale: într-un pahar terapeutul toarnă apă pînă îl umple; este întrebat copilul care este paharul plin şi care este gol; după ce îşi însuşeşte noţiunile de plin şi gol, se trece la un alt procedeu; terapeutul prezintă palmele; apoi cuprinde un grup de jucării şi îl întreabă pe copil cum sînt palmele sale; copilul răspunde: „pline cu jucării"; eliberează jucăriile pe masă şi întreabă „dar acum?", copilul răspunde „sînt goale"; vor fi prezentate şi alte situaţii prin care copilul să perceapă noţiunea de plin şi gol.

Puţin-mult: pe masă sînt două grupe de jucării; se cere copilului să arate unde sînt jucării puţine şi unde sînt mai multe; sînt aşezate pe masă două pahare goale; terapeutul toarnă într-un pahar un deget de apă, iar pe cel de al doilea îl umple cu apă; copilul trebuie să arate unde este mai puţină şi unde este mai multă.

Sînt plasate pe masă mai multe jucării: se cere copilului să alcătuiască o grupă din jucăriile care au aceeaşi formă şi culoare, iar alături să plaseze jucăriile care au forme şi culori diferite; copilul trebuie să arate unde sînt mai multe jucării şi unde sînt mai puţine.

Întreg-jumătate: terapeutul prezintă două mere: ce sînt acestea? „mere" va răspunde copilul; aceste mere sînt întregi; cu un cuţit taie un măr în două; prezintă mărul întreg şi pe cel care are două jumătăţi: „acest măr a fost tăiat în două, această parte se numeşte jumătate din mărul întreg" (apropie cele două jumătăţi).

Se cere copilului să ruleze o bucată de plastilină pînă realizează un sul; „acest sul este întreg; se taie sulul la mijloc şi se obţin două jumătăţi".

Desenaţi un cerc, un dreptunghi, împărţiţi desenul în două jumătăţi pe care le coloraţi cu culori diferite.

Noţiunea de greutate

Este modalitatea prin care copilul poate aprecia apăsarea pe care obiectele o exercită asupra palmelor sau tăria (puterea/forţa) cu care trebuie să acţioneze degetele pentru a păstra obiectul în mînă.

Apucarea obiectelor pentru a fi manevrate, îi solicită copilului capacitatea de mobilizare a degetelor pentru a prinde, ridica şi manevra acele obiecte, în concordanţă cu obiectivele stabilite. Pentru a percepe noţiunea de greutate sînt utilizate două procedee: susţinerea obiectului în palmă, modalitate prin care copilul percepe contactul şi presiunea pe care obiectul o exercită asupra palmei, cu condiţia ca mîna să fie plasată în supinaţie; apucarea obiectului cu mîna în pronaţie, acţiunea fiind localizată la nivelul flexorilor degetelor, unde policele, ca opozant are un rol însemnat.

Educarea prehensiunii impune ca acţiunea să înceapă prin apucarea cu mîna în pronaţie, utilizînd obiecte uşoare, adaptate ca mărime posibilităţii de apucare a copilului.

Se trece treptat la prehensiunea bidigitală a obiectelor mici, în care sînt implicaţi policele şi indexul sau mediusul, folosind bile din plastic sau mărgele de diferite dimensiuni. Acţiunea de apucare trebuie asociată şi cu manevrarea obiectelor, urmărindu-se sortarea lor sau formarea abilităţii de a fi înşirate pe aţă.

Într-o etapă următoare, cînd copilul stăpîneşte apucarea şi manevrarea obiectelor, se trece de la apucarea în pronaţie şi la schimbarea poziţiei mîinii, în supinaţie. Acesta este momentul în care copilul, simţind presiunea pe care obiectul o exercită asupra palmei sale, o va conecta la noţiunea de greutate şi spaţiu.

Pentru a verifica capacitatea de înţelegere a noţiunii de greutate, se utilizează de procedeul de „cîntărire în palmă". Sînt oferite două obiecte de greutăţi diferite pe care copilul să le plaseze în palme, cerîndu-i-se. să precizeze care este mai greu şi care este mai uşor. Se schimbă obiectele, dar şi mîinile, în sensul că mîna care a „cîntărit" obiectul uşor, va prelua obiectul mai greu şi invers. Acest procedeu oferă copilului posibilitatea de a aprecia corect contactul şi presiunea, pe care obiectele le exercită asupra palmelor.

Cea mai potrivită cale de a forma şi dezvolta senzaţiile de contact şi presiune, cît şi deprinderea de a ridica şi transporta obiecte de diferite mărimi şi greutăţi, o reprezintă jocul.

În cadrul jocului, pot fi asociate mai multe direcţii de acţionare, în sensul apucării, rostogolirii, lansării, împingerii, sau tracţiunii obiectelor de forme, greutăţi şi număr diferit, cu scopul de a lărgi sfera deprinderilor motrice, pe care trebuie să le dobîndească copilul.

Noţiunea de număr

Formarea noţiunii de număr este strîns legată de modul în care copilul percepe grupurile de obiecte de acelaşi fel, cît şi posibilitatea de a le diferenţia după formă, mărime şi culoare.

Însuşirea numerelor de către copil parcurge trei etape. În prima etapă, percepţia despre numere se realizează, cel mai bine, în cadrul jocurilor didactice şi a celor logice, terapeutul urmărind, ca în cadrul acestor jocuri să se asigure copilului

posibilitatea de a înţelege şi reţine prin intermediul analizatorilor: vizual, tactil şi auditiv, modul în care trebuie să utilizeze numerele cardinale: 1 şi 2.

Formarea noţiunii de număr, apelînd la jocurile didactice şi a celor logice, trebuie orientată în următoarele direcţii: recunoaşterea şi denumirea grupurilor de obiecte care se caracterizează prin forme, mărime şi culori diferite; să reuşească să separe un obiect de o anumită culoare sau formă dintr-un grup de obiecte; apecierea subiectivă a două grupuri de obiecte, precizînd unde sînt „mai multe" şi unde sînt „mai puţine"; alcătuirea a două grupe de obiecte care au aceeaşi formă şi culoare; separarea obiectelor care au aceeaşi mărime şi culoare şi gruparea lor cîte două; se solicită să scoată dintr-un săculeţ două bile sau două pătrate. Se apreciază recunoaşterea obiectelor pe cale tactilă.

Jocurile logice, la rîndul lor, sînt organizate şi orientate spre percepţii raţionale: discernămînt în cunoaşterea figurilor geometrice; gruparea figurilor geometrice cunoscute după mărime şi culoare; folosirea figurilor geometrice pentru a construi o casă; perceperea unor asemănări de mărime şi formă a unor figuri geometrice şi gruparea lor cîte două. În acelaşi timp se urmăreşte formarea capacităţii de a compara obiectele, pentru a alcătui perechi ce au aceeaşi formă şi culoare.

Repetarea şi consolidarea noţiunilor şi acţiunilor exersate într-o primă etapă, trecînd de la însuşirea numerelor 1, 2, la cea de la 1 la 5, utilizînd degetele de la o mînă; alcătuirea unui grup de obiecte avînd în atenţie să fie: mai lungi, mai scurte, mai groase, sau mai subţiri; perceperea şi localizarea corectă a poziţiilor, în care sînt situate unele obiecte faţă de altele: departe unul de altul, unul lîngă altul, sau unul după altul; comparînd mai multe grupuri de obiecte, să se arate care grup are mai multe obiecte şi care are mai puţine, în raport de înălţimea, lăţimea sau forma obiectelor pe care le numără; alegerea unui număr de obiecte (pe care îl enunţă terapeutul), avînd aceeaşi culoare, formă şi mărime; utilizarea în mod corect a numerelor cardinale (cîte obiecte sînt în grupul respectiv), dar şi pe cele ordinale (al cîtelea obiect este cel de culoare. . . albă); capacitatea de a stabili deosebirile dintre figurile geometrice învăţate, precizînd care sînt însuşirile ce le diferenţiază.

Se are în vedere obişnuirea copilului cu număratul pînă la 5, cu aranjatul unor obiecte şi a figurilor numerice în ordine crescătoare.

Pe întreg parcursul acestei etape vor fi organizate acţiuni, care să verifice capacitatea de reţinere a acţiunilor efectuate pînă la data propusă de referinţă.

În continuare, terapeutul trebuie să aprecieze modul în care copilul a înţeles noţiunea de număr, dar, mai ales, posibilitatea practică de a opera cu aceste noţiuni. În această etapă, atenţia este orientată spre consolidarea noţiunilor şi acţiunilor dobîndite pînă la acea dată, cît şi înţelegerea şi concretizarea practică a următoarelor componente: asimilarea conştientă a număratului pînă la 10, pe baza folosirii unor materiale intuitive; asigurarea condiţiilor pentru înţelegerea modalităţilor de creştere sau de micşorare a numărului de obiecte; obişnuirea copilului cu jocul cifrelor, folosind gama de obiecte cu care acţionează în mod curent; asigurarea condiţiilor optime pentru verbalizarea operaţiunilor pe care le efectuează; plasarea obiectelor în ordine crescătoare şi descrescătoare pentru a înţelege scara numerică; dobîndirea priceperii de a număra pînă la 10, înainte şi înapoi, utilizînd materiale intuitive; înţelegerea modalităţii de formare a unui nou număr, prin adăugarea sau scăderea unei

unităţi la numărul pe care îl cunoaşte; identificarea locului pe care fiecare număr îl ocupă în şirul numerelor, utilizînd numeralul ordinal; dobîndirea posibilităţii de a diferenţia numerele cu soţ şi cele fără soţ; însuşirea sistemului de compunere şi descompunere a numărului din uniăţi constitutive; spre exemplu: numărul 2 este format din 1 şi 1, numărul 3, din 2şi1, numărul 4 din 2 şi 2, sau din 1 şi 3 etc; să poată efectua adunarea şi scăderea prin utilizarea materialelor pe care le are la dispoziţie; să se insiste asupra verbalizării de către copil, a tuturor acţiunilor pe care le execută copilul.*

Sfera noţiunilor, pe care trebuie să şi le însuşească copilul cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, este mult mai cuprinzătoare. În acest sens se consideră că este necesar, să se acţioneze în direcţia dobîndirii noţiunilor de *contrast*, *direcţie* şi de *relaţie*. Noţiunile de contrast aduc în discuţie termenii de contrast absolut: zgomot-linişte, lumină-întuneric, mişcare-imobilitate; contraste relative: puternic- slab, tare-moale, greu-uşor, tocit-ascuţit, cald-frig, zgrunţuros- neted.

Noţiunile de direcţie, de orientare şi de situaţie se referă de la-către, de la-pînă la, între-prin-peste, deasupra-dedesubt.

Noţiunile de relaţie se regăsesc în: vesel-trist, calm-agitat, bucurie-mînie-supărare, speranţă-disperare; relaţie cu altul; a da-a primi, a cere-a refuza, adevărat-fals-minciună, drept-strîmb, drept- nedrept.

Aceste noţiuni pot fi utilizate în vocabularul unui copil numai după ce înţelege sensul noţiunilor prezentate anterior.

Orientarea spaţială

Cunoaşterea de către copil a noţiunilor spaţiale îi permite acestuia să se orienteze în mediul în care trăieşte. Avînd posibilitatea de a se situa pe sine, el poate situa şi obiectele din mediul său ambiant, ceea ce facilitează adaptarea la schimbările din mediul fizic extern. În aceste condiţii, adaptarea la activităţile desfăşurate în grup au ca punct de referinţă cunoştinţele legate de noţiunile de bază ale spaţiului.

Noţiunea de şir exprimă modalitatea de dispunere a grupei de copii „unul după altul", adică situarea unui copil după alt copil, avînd posibilitatea de a aşeza mîna pe umărul celui din faţa sa. În acest fel, este asigurat spaţiul necesar pentru a efectua o anumită acţiune. Din această poziţie, terapeutul poate organiza unele jocuri, care să consolideze noţiunea de şir.

Mingea călătoare. Copilul plasat în capul şirului are o minge pe care o ţine în mîini; la comanda terapeutului ridică mingea deasupra capului, pentru a fi preluată de următorul copil; se continuă acţiunea, pînă se ajunge la ultimul copil din şir, care aleargă şi se plasează în faţă şi transmite mingea următorului; acţiunea continuă, pînă cînd cel care a fost primul, ajunge din nou în faţă. În condiţiile în care sînt mai mulţi copii jocul se poate organiza sub formă de întrecere între grupe.

Mingea prin tunel. Stînd pe un şir cu picioarele depărtate, la distanţa de o lungime de braţ; primul copil are o minge pe care o ţine în mîini; la comanda terapeutului de „începeţi", se apleacă şi trece mingea printre picioare, pe care o apucă

* Prelucrare după Programa Activităţii Instructiv- Educative în Grădiniţa de copii, EDP, Buc, 1975 şi 2000.

cel din spate, acesta o transmite următorului, pînă se ajunge la ultimul copil, care o ridică şi o transmite pe deasupra capului celui din faţa sa, pînă ajunge la primul copil.

Noţiunea de rînd exprimă modalitatea de dispunere a copiilor „unul lîngă altul", în dispunerea pe un rînd sau pe două rînduri, umerii copiiilor sînt apropiaţi; pentru a înţelege mai bine această noţiune fiecare copil trebuie să atingă coatele partenerilor din dreapta şi din stînga sa, pentru a avea un interval corespunzător.

În etapa următoare, fiecare copil duce doar braţul drept întins în lateral pentru a atinge umărul partenerului din dreapta şi pentru a-şi asigura un intreval de o lungime de braţ.

Deplasarea şerpuită. Grupa este organizată pe două rînduri, la intreval de o lungime de braţ şi la distanţa de doi paşi de rîndul din faţă; la semnalul terapeutului, primii copii din cele două rînduri pornesc în mers sau alergare, prin ocolirea prin faţă a primului copil şi prin spate a celui de al doilea şi aşa mai departe, pînă ajunge la coada rîndului; acţiunea continuă pînă ce, cel care a mers sau alergat primul ajunge din nou primul în rînd.

Faţă în faţă. Din adunare pe două şiruri, terapeutul denumeşte şirul care are mîna dreaptă liberă va fi denumit „veveriţele" şirul care are mîna stîngă liberă va fi denumit „vulturii". Se verifică modul în care au înţeles denumirile prin indicarea „veveriţele, mîinile sus", „vulturii, mîinile sus".

După ce se constată că toţi copiii au înţeles denumirea grupei, se dă comanda „veveriţele" prin săritura la stînga, apoi „vulturii" prin săritura la dreapta; se atrage atenţia copiilor că au ajuns în formaţie pe două rînduri faţă în faţă; pentru a consolida noţiunea de adunare pe două rînduri faţă în faţă se cere copiilor să se deplaseze liber prin sală; se solicită apoi să se adune pe două rînduri faţă în faţă; terapeutul urmăreşte modul în care copiii răspund la solicitare, corectînd acţiunile copiilor care au dificultăţi.

În condiţiile în care activitatea este efectuată cu un singur copil, terapeutul procedează în acelaşi mod, în sensul că porneşte acţiunea din stînd unul lîngă altul şi prin săritură să ajungă faţă în faţă.

Spate la spate. Grupa este adunată pe două şiruri; se dă comanda pentru a ajunge spate în spate la stînga şi la dreapta prin săritură; în acest sens veveriţele sar la dreapta iar vulturii la stînga, pentru a ajunge spate la spate; se cere copiilor să execute un pas înapoi pentru a reuşi a se apropia mai mult de partener şi să se prindă de mîini; după ce au reuşit să se apuce de mîini se cere să facă un pas înainte cu piciorul drept fără să desprindă de mîinile; braţele vor fi întinse, spatele drept, privirea înainte; se revine la poziţia iniţială şi se execută aceeaşi acţiune şi cu piciorul stîng.

Pentru a verifica dacă au reţinut formaţia de adunare pe două rînduri spate în spate, terapeutul organizează un joc cunoscut de copil, după care, dă comanda de adunare pe două rînduri spate în spate.

Pentru a obişnui copiii să se adune pe două rînduri spate la spate terapeutul trage două linii cu cretă pe sol şi se cere copiilor să se aşeze pe cele două linii, spate la spate; după ce copiii au înţeles şi realizat acţiunea, li se cere să se ridice în picioare, dar să rămînă cu faţa orientată în direcţia în care priveau; terapeutul le solicită să se apropie, pentru a ajunge din nou spate la spate.

Se cere apoi copiilor să facă un pas înainte, iar terapeutul le atrage atenţia că sînt pe două rînduri spate la spate; repetarea acţiunii cînd copiii sînt adunaţi într-o parte a sălii şi cînd terapeutul dă comanda de adunare pe două rînduri spate la spate.

Jocuri aplicative

Pentru a verifica posibilitatea de orientare în spaţiu, jocurile şi parcursurile aplicative se constituie în principalul mijloc de care dispune terapeutul, prin care acesta poate aprecia modul în care copilul a înţeles şi reţinut acţiunile pe care le-a exersat.

Conţinutul unui joc sau parcurs aplicativ trebuie să cuprindă concretizarea principalelor elemente, pe care copilul şi le-a însuşit într-o anumită perioadă. Este de majoră importanţă, ca în timpul desfăşurării acţiunii să verbalizeze fiecare componentă, insistînd, în principal, asupra mişcării pe care o execută şi direcţiei în care se îndreaptă, pentru a evidenţia că a înţeles sistemul de noţiuni spaţiale, cu care a acţionat pînă în acel moment.

Se recomandă ca terapeutul, atunci cînd plasează obiectele pentru buna desfăşurare a jocului sau parcursului aplicativ, să solicite ajutorul copilului sau al copiiilor, atunci cînd se lucrează cu o grupă, pentru a marca împreună direcţiile în care trebuie să acţioneze şi acţiunile ce urmează a fi efectuate.

Jocuri şi parcursuri aplicative

Posibilitatea de orientare în spaţiu este o mare beneficiară a jocurilor şi parcursurilor aplicative, care contribuie la îmbogăţirea şi lărgirea capacităţilor de care dispun prin atenţia distributivă. Prezentarea în continuare a unor asemenea jocuri şi parcursuri aplicative este edificatoare.

Ce lipseşte? Grupa dispusă în cerc, la mijloc, terapeutul plasează într-un cerc mai mic mai multe jucării, pe care toţi copiii le pot vedea; se alege un copil care iese din cadrul grupei şi se întoarce cu faţa la perete; după ce se asigură că nu poate vedea, terapeutul ia din grămadă trei jucării şi le ascunde; este chemat copilul care a stat cu faţa la perete şi i se cere să ghicească ce jucării lipsesc; dacă ghiceşte toate trei jucăriile primeşte un steag roşu, dacă ghiceşte două jucării primeşte un steag albastru, dacă ghiceşte doar o jucărie primeşte un steag alb, iar dacă nu ghiceşte nici o jucărie primeşte un steag verde; jocul continuă, pînă ce trec toţi copiii. Atenţie! După fiecare copil care a fost la ghicit, terapeutul schimbă poziţia jucăriilor, plasîndu-le şi pe cele care au fost ascunse.

Cine lipseşte? Copiii sînt aşezaţi în cerc, cu umerii apropiaţi, în mijlocul cercului se plasează un copil în ghemuit şi cu ochii legaţi; un copil din cerc iese şi se ascunde după mobila din sală; se cere copilului care a stat în mijloc să se ridice şi să ghicească „cine lipseşte"; dacă nu ghiceşte, pînă ce terapeutul numără pînă la 10, intră în cercul mare, iar cel care s-a ascuns trece în mijloc pentru a relua jocul.

Şotron cu figurile geometrice. Copilul plasat la linia de plecare execută sărituri în figurile desenate pe sol, spunînd în ce fel de figură se află piciorul drept şi în ce fel de figură se află piciorul stîng, apoi în care figură a sărit cu picioarele apropiate.

După ce copilul a exersat şotronul cu figurile geometrice, terapeutul notează fiecare figură cu un număr. Se cere copilului (care a învăţat numerele pînă la 10) să spună în ce figură sînt plasate picioarele şi la ce număr.

Șotron cu zilele săptămînii. Copilul poate asocia zilele săptămînii cu formele geometrice. Pentru a verifica modul în care a reținut zilele săptămînii, terapeutul solicită copilului să execute acțiunea dus și întors, cînd trebuie să enunțe ziua dar și forma geometrică în care sare. Este o formă placută și ușoară, de a reține două noțiuni importante.

Parcurs aplicativ. Terapeutul, ajutat de 2-3 copii, plasează următoarele obstacole: un scaun, două mingi medicinale la distanțe de 1, 5 plasate oblic față de direcția de înaintare, două scaune pe care sînt plasate un baston, o minge.

Acțiunea se desfășoară astfel: mers, ocolește scaunul, trece pe lîngă latura stîngă a primei mingi medicinale, trece pe lîngă latura dreaptă a celei de a doua minge medicinală, trece prin mers în patru labe pe sub baston, se ridică, rostogolește mingea pînă la scaunul plasat în celălalt capăt, ridică mingea, pe care o plasează în cercul de unde a preluat-o, se deplasează pînă la linia de sosire.

Indicații metodice: acțiunea este demonstrată de către terapeut sau de un copil mai bine pregătit; se desfășoară sub formă de mers, ceea ce facilitează înțelegerea de către copii a acțiunii. După un număr de 3-4 repetări, se trece la executarea parcursului din alergare. În timpul deplasării, copilul verbalizează acțiunea pe care o execută.

Organizarea spațiului

Pentru a reuși să se adapteze la spații largi, copilul trebuie să-și însușească o serie de noțiuni de bază, prin intermediul cărora să poată înțelege și diferenția noțiunile de distanță, interval, suprafață și înălțime.

Noțiunea de distanță este reprezentată de spațiul cuprins între două puncte bine stabilite.

Se cere copilului să se deplaseze cu pași cu aceeași lungime de la ușă pînă la fereastră și să spună cîți pași a făcut, apoi să meargă de la tablă pînă în capătul sălii și să spună cîți pași a făcut.

Sînt plasate pe sol trei grupe de săculeți cu nisip: prima grupă la distanța corespunzătoare unui pas de copil, a doua grupă la distanță mai mare decît pasul unui copil, iar a treia grupă la o distanță mai mică decît pasul obișnuit.

Se cere copilului să se deplaseze pășind pe săculeții cu nisip. La prima grupă de săculeți, mișcările vor fi corect desfășurate. La grupa a doua, distanța fiind prea mare, copilul nu va putea păși; întrebarea „de ce nu pășești pe săculeț?" are rolul de a-l face pe copil să deducă faptul, că săculeții sînt la o distanță prea mare unul față de altul. La grupa a treia copiii trebuie să facă pași mici. Întrebați fiind de ce fac pașii mici, răspunsul așteptat trebuie să fie că distanța dintre săculeți este mai mică.

În activitatea practică, atunci cînd copiii sînt adunați în șir cîte doi, li se solicită să ducă brațul drept înainte, pe umărul colegului din fața sa, pentru pentru a lua o distanță convenabilă în raport cu cel din față.

Noțiunea de interval reprezintă spațiul cuprins între doi copii, care sînt plasați „unul lîngă altul", atunci cînd sînt adunați pe unul sau două rînduri. Acest interval poate fi mărit, prin așezarea unui braț pe umărul celui din dreapta sau cu mîna pe șold (interval de o jumătate de braț).

Noțiunea de suprafață este concretizată prin întinderea (mărimea) pe care o are un spațiu, luînd în considerație lungimea și lățimea acestuia. Prima suprafață pe care o percepe copilul este cea a măsuței, pe care își așază jucăriile, apoi a sălii în care se află, ca mai apoi să perceapă suprafața casei sale.

Cînd desenează, trebuie să aprecieze corect lungimea și lățimea figurilor pe care le prezintă pe hîrtie; să fie capabil să deosebească într-un desen ce reprezintă o casă și cît din ea reprezintă o cameră, urmărind care sînt laturile mai mari și care sînt cele mai mici.

Noțiunea de înălțime este reprezentată de distanța dintre două puncte situate pe verticală. Copilul este îndrumat să stea cu spatele la tocul ușii, terapeutul marchează cu o cretă, înălțimea sa. Este procedeul cel mai simplu de a afla ce reprezintă înălțimea. Se solicită copilului să se cațere pe scara fixă pînă într-un punct; se spune la ce înălțime a reușit să se cațere. În cadrul unui desen i se cere să redea o casă mai scundă și una mai înaltă. În cadrul jocurilor; se solicită să construiască din cuburi un turn, care să cuprindă cuburi de mărimi, forme și culori diferite.

În etapa următoare, se cere ca mingiile sau alte obiecte cu care lucrează, să fie așezate cîte două sau cîte trei, în ordine crescătoare, ca mai apoi să le deseneze în ordinea respectivă cu culorile corespunzătoare. Într-o etapă mai avansată se cere copilului să deseneze o casă care are în jur pomi, un coteț pentru cățel, iar casa are gard. Se urmărește modul în care sînt plasate în spațiul pe care îl are la dispoziție.

Structura spațială

Verificarea nivelului de cunoștințe legate de structura spațială se poate realiza prin intermediul următoarelor genuri de noțiuni: *noțiunea de formă*: plană: rotundă, pătrată, dreptunghi, triunghi, trapez, romb, oval; și volume:bilă, sferă, cub, piramidă; *noțiunea de mărime*: mic-mare, scurt-lung, subțire-gros, strîmt-larg; *noțiunea de cantitate*: puțin-mult, gol-plin, jumătate- întreg, ușoare-grele; *noțiunea de direcționare*: dreapta-stînga, sus-jos, înainte-înapoi, înăuntru- în afară, aproape-departe, pe-sub, aici-acolo; *noțiunea de poziționare*: așezat-stînd, decubit dorsal, decubit ventral,, decubit lateral, aplecat-îndoit, deasupra-dedesubt, rînd, șir, față în față, spate la spate, unul lîngă altul; *noțiunea de mișcare*: mers-alergare, urcare-coborîre, aruncare-prindere, tras-împins, cădere-ridicare, pliere-întindere, -săritură-aterizare, stînd pe loc-deplasare.

Evaluarea spațială oferă terapeutului posibilitatea de a aprecia modul în care copilul ajunge să cunoască noțiunile spațiale; dacă se orientează corect în spațiu; dacă are posibilitatea de a-și organiza corespunzător spațiul și de a înțelege care sînt relațiile spațiale, în sensul că el percepe sub toate, aspectele mediul în care trăiește.

În mod practic, terapeutul trebuie să evalueze două aspecte: al relației copilului cu obiectele pe care trebuie să le identifice și să le poată manevra după forma, mărimea și cantitatea lor și să înțeleagă criteriile care stau la baza utilizării lor precum și pe cel al modului în care copilul se orientează în spațiu, prin poziționare și mișcare în spațiul pe care trebuie să-l cunoască și în care să se poată orienta.

Relaţia copilului cu obiectele poate fi verificată prin următoarele modalităţi: pe masa de lucru sînt plasate diferite obiecte, care au forme şi mărimi diferite; terapeutul solicită copilului să ordoneze obiectele după forma, volumul şi cantitatea lor.

Se recomandă separarea obiectelor plane de cele care au volum; ordonarea obiectelor după mărimea lor (trebuie să pornească de la cele mici, scurte, subţiri spre cele mari, lungi, groase); ordonarea obiectelor după greutatea lor, începînd cu cele uşoare, puţine la număr, goale pe jumătate, spre cele grele, multe, pline, întregi.

În acest context, terapeutul solicită copilului să verbalizeze toate acţiunile pe care le execută prin denumirea obiectului, formei, mărimii şi cantităţii lui, poziţiei pe care o ocupă în raport de sine şi în ce raport sînt unele faţă de altele, atunci cînd le aşază pe masă.

Organizarea spaţială în funcţie de plasarea copilului

Terapeutul porneşte de la stabilirea parametrilor, prin intermediul cărora poate să aprecieze nivelul de înţelegere a noţiunilor de: poziţie, direcţie şi mişcare.

Poziţia: se solicită copilului să adopte unele poziţii, pe care terapeutul le prezintă sub formă de schiţă; copilul, verbalizînd, adoptă poziţia respectivă; după un timp terapeutul solicită să fie luată o poziţie fără a mai prezenta schiţa poziţiei cerute.

Direcţia: copilul se află în centrul sălii, terapeutul îi prezintă o schiţă care cuprinde o fereastră, o uşă, o masă, un dulap etc.; în momentul în care copilul percepe schiţa, trebuie să se deplaseze în direcţiile respective, verbalizînd direcţia de deplasare.

După un timp, i se solicită copilului să se deplaseze într-o anumită direcţie, fără a-i mai prezenta schiţa.

Înţelegerea conceptului despre mişcare se pune în evidenţă prin următorul procedeu: i se solicită copilului să efectueze un număr de 8-10 paşi; se urmăreşte modul în care execută paşii care pot fi prea mari sau prea mici; dacă în timpul deplasării modifică lungimea paşilor, dacă după cîţiva paşi se opreşte şi se blochează; dacă se grăbeşte să execute acţiunea sau manifestă lentoare în execuţia ei; dacă stă pe loc şi se „închide în sine” privind în jos sau fixîndu-şi privirea într-un anumit punct.

Reproducerea gesturilor

Terapeutul plasat în faţa copilului în poziţia stînd, îi prezintă o serie de gesturi, care angajează în mişcare membrele superioare la nivelul umerilor, coatelor pumnului şi degetelor. Mişcările segmentelor vor fi simetrice şi asimetrice.

Terapeutul însoţeşte mişcările de explicaţii, privind poziţia braţelor, direcţia în care se vor deplasa şi, mai ales, asimetria în mişcarea lor.

După ce copilul a reuşit să înţeleagă noţiunile de poziţie şi direcţie, i se solicită să repete acţiunile fără o prealabilă demonstraţie practică.

Vor fi urmărite: capacitatea de memorare a poziţiilor; uşurinţa în execuţia mişcărilor prezentate; nivelul de coordonare a relaţiilor dintre segmente; greşelile frecvente în redarea mişcărilor; asocierea mişcărilor prezentate cu implicare şi a altor părţi ale corpului.

Atenţia terapeutului trebuie îndreptată asupra capacităţii de recepeţionare a semnalelor; a modalităţilor de redare a acestora şi mai ales a eşecurilor înregistrate de copil, care vor fi notate şi vor constitui baza de plecare pe care se clădeşte procesul de reeducare al acestor copii.

STRUCTURA TEMPORALĂ

Orientarea temporală este intim legată de modul în care fiecare individ pune în relaţie spaţiul şi timpul, în raport cu ritmul său de viaţă. Resursele motrice ale fiecărui individ se manifestă tot atît de bine prin gesturi, cît şi prin modul său de exprimare verbală, iar pentru unii şi prin scris. Perceperea timpului are un rol deosebit de important în viaţa unui copil, întrucît îi permite să aprecieze durata în organizarea unor activităţi curente. Organizarea temporală a copilului se formează numai în condiţiile în care acesta are bine definite schema corporală şi orientarea spaţială.

Noţiunea de timp, fiind abstractă, se dobîndeşte cu dificultate de către copilul cu tulburări şi dificultăţi psihomotrice. Acest lucru devine posibil numai după ce copilul a dobîndit noţiunile de durată şi de viteză.

Noţiunea de timp se conectează la informaţiile pe care le furnizează analizatorii vizual, auditiv şi chinestezic, cît şi prin mijlocirea acestor interacţiuni de către gîndire (M. Epuran, 1976, p.136).

Orientarea temporală este un atribut al prezentului şi este proprie fiecărei persoane, în timp ce orientarea spaţială are ca element de referinţă spaţiul în care acesta se mişcă. Trebuie avut în vedere şi faptul că spaţiul oferă trei dimensiuni, ce pot fi parcurse de către copil în toate direcţiile, şi poate fi perceput fără a întîmpina dificultăţi prea mari, iar timpul are o singură direcţie şi oferă posibilitatea de a fi parcurs doar într-un singur sens. Copilul pe parcursul procesului de creştere şi dezvoltare poate reţine unele fapte care s-au petrecut în trecut sau poate să-şi imagineze altele ce se vor desfăşura în viitor, dîndu-şi destul de bine seama că el trăieşte în prezent.

Conduita de orientare şi structurare temporală se formează cu destul de mare dificultate şi destul de lent, deoarece timpul, la fel ca şi spaţiul, implică elaborarea unui nou sistem de relaţii ce conferă, de fapt, aceste două construcţii în succesiunea lor. O încercare de sistematizare a etapelor de orientare temporală are la bază percepţia copilului, care trebuie să înceapă a gîndi în ce ordine şi succesiune se desfăşoară mişcarea şi să selecteze care gesturi au prioritate şi care nu.

Structura temporală are ca obiectiv şi formarea percepţiei de durată de timp, mai lungă sau mai scurtă, fie ca durată de mers, spre exemplu, fie să poată face diferenţa dintre o oră şi o zi.

La fel de importantă este capacitatea de a înţelege periodicitatea unor evenimente temporale, în sensul de a reuşi cît mai repede să se adapteze ritmurilor circadiene (dimineaţa, la prînz, seara, o săptămînă, un anotimp) şi să ordoneze anumite acţiuni în funcţie de momentul respectiv: dimineaţa se trezeşte, seara aprinde lumina, vara este cald, iar iarna vine cu zăpadă şi frig.

Termenul de ritm, în contextul structurii temporale, cuprinde noțiunile de ordine, succesiune, durată și alternanță, desfășurate în solitar sau armonizate cu muzica, ceea ce conferă mișcării un plus de cursivitate și de execuție mai corectă.

Tulburările de orientare temporală sînt determinate de cauze motrice, psihomotrice și psihologice. Tulburările pe plan motric sînt puse în relație cu ritmul uniform al respirației sau cu eventuale tulburări auditive. Contextul sonor, transpus în ritm, asigură o mai bună reglare a mișcărilor corpului, asigurînd armonia dintre suflet și ritmul mișcării. Tulburările pe plan psihomotric sînt caracterizate prin incapacitatea de organizare, structurare și orientare spațială și de schemă corporală, ceea ce atrage după sine dificultăți evidente de orientare temporală. Tulburările pe plan psihologic, întîlnite în asemenea situații, au la origine, în marea majoritate a cazurilor, conviețuirea într-un mediu familial ce nu este orientat corespunzător cu cerințele de creștere și educare a unui copil.

Procesul de reeducare a unui copil cu tulburări sau dificultăți psihomotrice trebuie să fie orientat, în ceea ce privește structura temporală, în strict acord cu observațiile potrivit cărora este util ca, într-o primă etapă, să obișnuim copilul să se servească de corpul său (mîini, picioare) sau de exprimare verbală, pentru a accede la o fracționare a timpului, pentru a învăța să-l măsoare. Este motivul pentru care se propune ca exercițiile să aibă aspect dominant ludic, pentru a opera fără constrîngeri trecerea de la un ritm personal la un ritm impus, care va ajuta copilul să-și structureze comportamentul și organizarea temporo-spațială.

În acest sens, educarea sau reeducarea psihomotrică nu se pot organiza în condiții optime decît pornind de la coordonatele care sînt în relație cu aspectele legate de principalele forme de exprimare a tulburărilor temporale: *ordinea și succesiunea în desfășurarea acțiunilor propuse.*

Ca forme de manifestare ale acestei tulburări, pe prim-plan se regăsește incapacitatea copilului de a înțelege ce reprezintă ordinea în desfășurarea unei acținuni și nici succesiunea unor fenomene, care se desfășoară în mod concret.

În acest sens, terapeutul are în vedere gradarea corespunzătoare a acestor componente și orientarea preocupărilor sale, asupra modului în care copilul înțelege să folosească în mod corespunzător termenii care definesc acțiunile temporale cele mai simple. Pentru realizarea acestor obiective, considerate prioritare, terapeutul îi solicită copilului să ducă brațele întinse în față, apoi în sus și în jos pe lîngă corp, cerîndu-i apoi să precizeze ordinea în care a deplasat brațele.

Pentru a-l face pe copil să discearnă ce reprezintă termenii de *înainte* și *după*, copilul este întrebat ce a făcut *înainte* de a veni la cabinet, iar, *după* ce va pleca, unde se va duce. Este important pentru copil să verbalizeze fiecare acțiune pe care o execută, ceea ce va contribui la consolidarea cunoștințelor sale privitoare la locul său în familie și societate

Între termenii care trebuie reținuți, sînt: *în primul rînd* sau *în al doilea rînd*, care se referă la modul în care a înțeles care este ordinea în care sînt executate unele acțiuni, în relațiile sale cu partenerii de joacă și cu familia: în primul rînd, trebuie să ridice mingea de jos, iar în al doilea rînd, să o transmită partenerului; cînd intră într-o casa, în primul rînd, trebuie să spună bună ziua, iar în al doilea rînd, să spună pentru ce a venit.

Se insistă pentru a înțelege corect noțiunile de *ieri, azi și mîine*; terapeutul pune pe masă desenele pe care le-au executat cu o zi înainte; cînd ai făcut acest desen?

copilul trebuie să răspundă *ieri*, ce desen facem astăzi? copilul va răspunde: azi lucrez la acest desen.

Mai dificilă este stabilirea noţiunii de mîine, pentru care terapeutul începe să-i povestească ce a făcut *ieri* la şcoală, ce a învăţat astăzi şi să-i sugereze ce anume are de pregătit pentru mîine.

Un alt aspect important se referă la stabilirea ordinii în care sînt văzute şi auzite unele activităţi; terapeutul bate din palme, tuşeşte, vorbeşte şi cîntă; i se cere copilului să spună ordinea în care a auzit sunetele produse de către terapeut; i se cere copilului să reproducă un grupaj de mişcări pe care îl prezintă terapeutul; atenţia va fi orientată asupra redării corecte a succesiunii mişcărilor prezentate.

Cu aceleaşi intenţii de educare a percepţiei despre succesiune, sînt plasate pe masă unele obiecte viu colorate, într-o ordine precisă. I se cere copilului să spună ordinea în care au fost aşezate obiectele, după ce ele au fost adunate de către terapeut. După aceasta, terapeutul oferă copilului obiectele pentru a fi aşezate, în aceeaşi ordine. La o a doua prezentare, copilul trebuie să reţină cum au fost aşezate obiectele fără a mai primi indicaţii din partea terapeutului.

Un alt domeniu de desfăşurare în succesiunea temporală este cel circadian, care îi cere copilului să prezinte ordinea cronologică în care sînt executate unele gesturi din viaţa cotidiană: la ce oră s-a trezit dimineaţa, merge imediat sau nu la baie, în ce ordine se îmbracă? după ce s-a îmbrăcat, ce face? după ce ia micul dejun, ce face? ce face seara înainte de culcare? care este ordinea pregătirii pentru a se aşeza în pat?

Gama acestei „gimnastici mentale" este extrem de largă şi rămîne, în funcţie de caz, la latitudinea terapeutului să utilizeze cel mai potrivit procedeu.

Acţiuni ale percepţiei motrice

Se cere copilului să memoreze ordinea în care sînt prezentate unele imagini. Sînt prezentate imagini ce cuprind mai multe aspecte din natură. I se cere să le ordoneze în funcţie de realitatea pe care o reprezintă. Din imaginile prezentate, să redea unele aspecte fără a avea modelul în faţă. Să prezinte prin desen familia sa, pentru a constata locul pe care-l ocupă în familie. Să prezinte unele imagini legate de activitatea unui şcolar, în ordinea lor concretă, reală: ajunge la şcoală, intră în clasă, îşi pregăteşte materialele pentru lecţia ce urmează.

Noţiunea de timp

Copilul trebuie să-şi formeze discernămîntul despre o acţiune care durează mult şi una care durează puţin Pentru exemplificare, terapeutul prezintă situaţia unui copil care locuieşte peste drum de şcoală şi a altuia care locuieşte la capătul străzii. Este evident că timpul parcurs de acasă pînă la şcoală va fi mai scurt pentru cel ce stă la o distanţă mai mică de şcoală.

Noţiunea de durată a intervalelor

Sînt asigurate condiţiile necesare pentru a percepe ce este timpul scurt şi lung.

Terapeutul rostogoleşte simultan o minge medicinală şi una de baschet (ambele să aibă aceeaşi mărime). I se cere copilului să precizeze care minge se rostogoleşte mai repede şi care mai încet.

Se organizează jocul „Cine este mai rapid". Terapeutul rostogolește o minge. Îi cere copilului să alerge pentru a afla cine este mai rapid, copilul sau mingea? Se repetă jocul, dar mingea este rostogolită de un copil. I se cere să sufle într-un fluier încet și tare, apoi să execute un fluierat scurt și unul lung. Se urmărește cît de mult poate sufla dintr-o singură inspirație.

Noțiunea de interval (ca spațiu)

Sînt plasate pe sol patru sau cinci mingi medicinale. I se cere copilului să execute pași laterali și să lovească fiecare minge cu vîrful unui picior. După ce repetă de 2-3 ori exercițiul, este legat la ochi, i se solicită să se deplaseze spre înapoi și să lovească cu celălalt picior mingile. Se constată că apar dificultăți, întrucît copilul nu execută pașii la același interval, ca atunci cînd a văzut mingile.

Noțiunea de viteză

Pentru a-l determina pe copil să facă diferența între ceva ce este „mai repede" sau „mai încet" se prezintă copilului imagini care redau o căruță, o mașină, un călăreț, un avion, un biciclist, un tren; i se cere copilului să așeze imaginile în funcție de viteza lor de deplasare.

Să povestească o acțiune care să cuprindă termenii de *tîrziu* și *devreme* și care să fie legată de momentul în care pleacă la școală; stau departe de școală, pentru a ajunge la ore, trebuie să plec mai devreme; eu stau aproape de școală, așa că mă trezesc mai tîrziu decît colegul meu; cît timp stă tatăl tău la serviciu? toată ziua; dar tu la școală, cîte ore stai? stai patru-cinci ore; cine vine mai devreme acasă și cine vine mai tîrziu?

Revenirea ciclică a unor perioade

I se prezintă copilului imagini care redau dimineața, cînd răsare soarele, iar alta, seara, cînd apare luna. I se cere să precizeze care acțiuni se fac dimineața și care seara.

Se prezintă imagini care redau „anotimpurile": vara și iarna, primăvara și toamna. Copilul trebuie să descrie ce acțiuni mai importante se fac în fiecare anotimp, cum se îmbracă pentru a se simți bine, cînd poartă căciulă și mănuși, cînd merge la scăldat, cînd poartă palton și cînd poartă pantaloni scurți.

Pentru a răspunde la întrebări care încep cu „cînd", terapeutul pune întrebări de genul: cînd îți pregătești lecțiile, cînd te plimbi cu bicicleta, cînd folosești schiurile?

Sînt prezentate imagini specifice fiecărui anotimp. Se cere copilului să spună ce anotimp reprezintă fiecare imagine. Ce activități se fac în fiecare anotimp.

Acțiuni perceptiv-motorii

Se cere copilului să rețină ordina cronologică a anotimpurilor; să aibă bine stabilit numele fiecărui anotimp și care sînt cele mai importante fenomene din cadrul lui; cum se îmbracă în fiecare anotimp. Copilul trebuie să descrie hainele pe care le poartă iarna și vara, primăvara și toamna; terapeutul prezintă un șir de fenomene: începe școala, se culeg fructele, plouă mai mult; apar ghioceii, se ară, se seamănă porumbul, începe să se încălzească, se renunță la palton și la căciulă; este cald, se poate face baie, copii pleacă în vacanță; este frig, se poate folosi săniuța, copii umblă cu colindul.

Se pun întrebări privitoare la modul în care se îmbracă în funcție de anotimp. Întrebările pot fi puse de copii, iar răspunsurile sînt date de colegii lor. Terapeutul urmărește ca în acțiune să fie angajați și copii care au un grad mai mare de reținere. Ei vor fi stimulați să se angajeze în jocuri, să pună și să răspundă la întrebări.

Însușirea zilelor săptămînii este asociată cu unele activități. Se organizează un șotron, copilul sare în fiecare spațiu spunînd ziua în care a ajuns. De luni pînă vineri spune: „sînt la școală", iar sîmbătă și duminică spune ce acțiuni deosebite sînt organizate în familie. În zilele săptămînii, poate enunța obiectele de studiu din fiecare zi sau ce face după ce ajunge acasă.

Ritmul

Reprezintă o formă de organizare și percepere a fenomenelor. Perceperea ritmului comportă sesizarea alternării regulate în timp a anumitor grupe de stimuli și reliefarea unora prin accentuare.

Format în decursul activităților individuale, ritmul are un rol pozitiv în organizarea proceselor de excitație și de inhibiție din școală, în sistematizarea lor, reflectate în exercițiile ritmice ciclice. Totodată, datorită acestei sistematizări, ritmul dă o mai mare posibilitate de lucru programului decît în exercițiile aritmice (M. Epuran, 1976, p. 137).

Noțiunea de ritm are două sensuri. Primul sens este legat de modul de a fi al copilului, modul de a aborda mișcarea concretizată prin încetineală sau rapiditate în efectuarea ei. Este ceea ce în psihomotricitate este denumit ritmul propriu al subiectului, care este în concordanță cu personalitatea sa, cu ritmul său de viață.

Al doilea sens este orientat spre înțelegerea fiecărei etape ca unitate, în care cadența, mai mult sau mai puțin rapidă, mai mult sau mai puțin regulată, mai mult sau mai puțin puternică, creează un context sonor exterior, „poate asigura o funcție reglatoare, putînd acționa ca un factor de armonie asupra corpului" (G.B. Soubiran, 1975, p. 119).

Pentru a realiza cadența, este necesar să se pornească de la angajarea personală a copilului, care, lovind cu mîinile sau cu picioarele în sol sau în tamburină, încearcă să se adapteze acestui ritm impus. Este modalitatea de a realiza un control eficient și constant, ceea ce conduce la starea de stăpînire de sine, iar consecințele sînt de natură să dea satisfacție prin achizițiile dobîndite.

Terapeutul prezintă cele trei forme de ritm: lent, mediu, rapid. În funcție de posibilitățile sale, copilul alege tipul de ritm, pe care îl exprimă prin bătăi de palme sau lovirea ușoară a mesei. După ce a ales tipul de ritm care i se potrivește cel mai bine, copilul se deplasează în ritmul impus de sunetul de tamburină.

Atenția terapeutului trebuie să fie îndreptată asupra modului în care organizează acțiunile, fiind cunoscut că ritmul de deplasare este mai dificil de executat decît ritmul executat „pe loc".

În aceste condiții sînt implicate, pe lîngă mișcarea brațelor, în alternanță cu cea a picioarelor, și componentele de sprijin în echilibru, ceea ce pentru copilul cu tulburări psihomotrice reprezintă o mare dificultate.

Mersul, alergarea, săriturile, aruncările sînt acțiuni ce pot fi executate într-o succesiune ritmică, în care componentele structurale se derulează permițînd corpului

să se adapteze la respectivele solicitări. În condiţiile în care se adoptă un ritm care este în acord cu particularităţile individuale, oboseala este resimţită mai puţin, ceea ce permite efectuarea efortului pe o durată mai mare de timp.

Pentru a obişnui copilul cu un anumit ritm, se apelează la modalitatea de autoimpunere a unui ritm prin implicarea în acţiunea de lovire, cu coatele, palmele, genunchii şi chiar cu coapsele pentru a produce sunete ritmate, ceea ce contribuie la verificarea cunoşterii schemei corporale, pe lîngă imprimarea sonoră a unui ritm.

I se cere copilului să asculte ritmul produs de tobă şi să păşească în acord cu acest ritm. Este de precizat că ritmul este, la început mediu, întrucît ritmul lent este mai dificil de executat. După ce copilul a înţeles modul în care trebuie să armonizeze mişcarea picioarelor cu sunetul tobei sau tamburinei, se trece la un ritm mai susţinut, urmărind să execute corect mişcarea picioarelor. Sînt situaţii cînd copilul, la un ritm mai rapid, măreşte pasul, în loc să-l adapteze la nivelul ritmului.

După ce înţelege care este relaţia dintre ritm şi amplitudinea mişcării piciorului, copilul reuşeşte să se adapteze la cele trei tipuri de ritm.

Pentru a asigura cele mai potrivite mijloace de formare şi educare a simţului ritmului, terapeutul utilizează, cu bune rezultate, acţiuni în care componenta ludică este pusă în centrul atenţiei.

Exemplu: Sînt selecţionaţi trei copii, care primesc roluri precise: un copil va îndeplini rolul melcului, al doilea, rolul broaştei, al treilea, rolul veveriţei; după ce sînt întrebaţi dacă ştiu cît de repede sau de încet se deplasează cele trei animale, se precizează că melcul merge cel mai încet, broasca se deplasează mai repede decît melcul, dar mai încet decît veveriţa iar veveriţa, se deplasează cel mai repede.

După ce copilul a înţeles şi poate acţiona, în ritmul impus de terapeut prin intermediul tamburinei sau a muzicii, se poate trece la efectuarea paşilor de dans popular sau a dansului modern.

În continuare, pe măsura achiziţiilor făcute se trece la executarea ritmică a unor sărituri în care să alterneze săriturile cu ambele picioare apropiate şi cele cu depărtarea sau apropierea picioarelor.

Trebuie precizat faptul că săriturile pot fi executate prin imprimarea unui anumit ritm de lucru, impus fie de muzică fie de lovirea de către terapeut a tamburinei.

Se execută deplasare în ritm mediu, cu bătăi din palme înainte şi înapoi, braţele fiind întinse. Se execută deplasare în ritm mediu cu bătăi din palme pe coapse şi deasupra capului, braţele fiind întinse. După un număr de repetări, se poate executa acest grupaj de exerciţii şi în condiţiile unui ritm mai rapid.

Parcurs aplicativ cu sărituri ritmate:

Cîte doi copii execută: patru paşi de mers în ritmul tamburinei; patru sărituri cu depărtarea şi apropierea picioarelor; două sărituri pe piciorul drept – două sărituri pe piciorul stîng – patru sărituri pe ambele picioare; cîştigă cel ce a parcurs traseul în ritmul tamburinei, cel ce a ajuns primul la linia de sosire.

Sala este împărţită în trei sectoare; cîte trei copii la linia de plecare; cînd aud tamburina, parcurg primul sector în ritm lent, cînd ajung în sectorul doi trebuie să se deplaseze în ritm mediu, iar cînd ajung în sectorul trei trebuie să se deplaseze în ritm rapid; cîştigă cel care a respectat ritmul şi ajunge primul la linia de sosire. Înainte de

desfăşurarea parcursului, terapeutul precizează, încă o dată, cum se execută fiecare tip de ritm.

Evaluarea structurii temporale

Orientarea temporală nu este o funcţie, un plan sau o latură a vieţii psihologice, ci o rezultantă a eficienţei funcţiei gnoseologice, cît şi a cîmpului de cunoştinţe (P. Arcan, D. Ciumărgeanu, 1980, p. 121). Orientarea temporală are ca reper „prezentul meu", pe cînd orientarea spaţială are ca punct de referinţă „spaţiul propriu". Este cunoscut că timpul are o direcţie liniară, poate fi parcurs într-un singur sens, prin care se reţine trecutul, se trăieşte prezentul şi se imaginează viitorul.

Orientarea temporală pune în valoare capacitatea copilului de a acţiona în raport de:
- *alternarea evenimentelor* – înainte, după, în timp optim;
- *durata intervalelor* – scurt, mediu, lung;
- *ritmul de lucru* – uniform, sacadat, intermitent;
- cadenţa – *viteza de repetare a unei acţiuni*, lentă, rapidă;
- *ciclicitatea perioadelor de timp* – zi, săptămînă, lună, anotimp.

În funcţie de aceste componente, terapeutul îşi organizează activitatea de evaluare a potenţialului de recunoaştere, exprimare şi utilizare a structurii temporale.

Dobîndirea structurii temporale parcurge un drum mai lung decît al altor structuri perceptiv-motrice. Se motivează acestă situaţie prin faptul că este o noţiune abstractă pe care copilul o va înţelege o dată cu creşterea şi dezvoltarea, dar şi cu condiţiile de mediu familial şi de educaţie.

În procesul de dobîndire a structurii temporale, copilul întîmpină unele dificultăţi care pot conduce la apariţia unor tulburări ce pot avea drept cauze manifestări de natură motrică, consecinţa unor şocuri afective; stări de insecuritate oferite de familie; dezorganizarea vieţii prin lipsa unui program coerent, cu puncte stabile de orientare şi de organizare; de natură psihomotrică; consecinţa unor tulburări perceptiv-motrice de schemă corporală, de lateralitate şi orientare spaţială.

În urma testării copiilor, se pot evidenţia unele tulburări legate şi de coordonatele temporale, ceea ce confirmă existenţa unor structuri patologice pe plan psihologic şi psihomotric, alături de cele motrice.

Evaluarea nivelului structurii temporale

Pornind de la simptomele ce pun în evidenţă tulburările de structură temporală, terapeutul foloseşte o serie de teste, prin intermediul cărora poate reliefa nivelul posibilităţilor copilului la momentul respectiv.

Capacitatea de a percepe intervalele. Terapeutul îi spune copilului: te deplasezi spre şcoală, într-o zi mergi, în altă zi alergi; timpul necesar pentru a ajunge la şcoală este cînd mai lung, cînd mai scurt; îi arată o imagine în care sînt prezentate: o motoretă, o motocicletă, o maşină şi un biciclist (la linia de plecare); i se solicită copilului să precizeze cine se deplasează mai repede şi cine se deplasează mai încet; i se prezintă o imagine cu patru copii: unul este în costum de baie, altul are palton, mănuşi şi căciulă, alt copil are pardesiu şi o umbrelă, altul se deplasează numai în costum; să precizeze în ce anotimp este fiecare copil „după modul în care este

îmbrăcat"; imagine cu un copil în centru, în dreapta, deasupra şi în stînga este reprezentat soarele care lasă pe sol umbra copilului. Să precizeze în ce moment al zilei se află umbra lasată de soare.

Capacitatea de a percepe ordinea şi succesiunea. Pentru a realiza acest deziderat, se prezintă o imagine în care copiii sînt aşezaţi o dată în şir şi apoi în rînd; copilul trebuie să precizeze cînd sînt aşezaţi unul lîngă altul şi cînd unul după altul; o imagine în care doi copii plasaţi unul cu faţa, celălalt cu spatele: pe sol sînt plasate două mingi – copilul trebuie să precizeze cine are mingea înaintea lui şi cine o are după el; îi sînt prezentate cinci mingi de diferite mărimi: de tenis de cîmp, de tenis de masă, oină, fotbal şi baschet – copilul trebuie să precizeze care minge este cea mai mare, care minge este cea mai mică; să le aşeze în ordine crescătoare, după un timp, în ordine descrescătoare; se prezintă imagini cu o pisică, un cîine, un şoarece, un cal, un elefant, care au aceleaşi dimensiuni pe imaginile respective; copilul este solicitat să aşeze imaginile după mărimea reală a fiecărui animal, de la cel mai mic la cel mai mare (după un timp, i se cere să le aşeze în ordine de la cel mai mare la cel mai mic).

Terapeutul are plasate sub masa de lucru: un claxon, un ciocan, un clopot, o brichetă, o foie de hîrtie (ce pot fi înregistrate şi pe bandă magnetică) – copilul este invitat să precizeze ordinea în care a auzit sunetele şi de cine au fost emise.

Reeducarea structurii ritmice

Terapeutul, cu un creion, bate în masă, tactul ce poate avea frecvenţa de o-o-o (lovire, pauză, lovire etc.). Bătăile pot fi grupate astfel: a) o-oo-o-oo-etc.; b) oo-oo-oo-etc; c) o-oo-o-oo-etc.

Procedeul de lucru: terapeutul este plasat în faţa copilului cu mîinile sub nivelul mesei (se poate plasa un mic ecran), copilul nu trebuie să vadă mîinile pentru a nu-i oferi reperul după care să se conducă. I se solicită să execute aceleaşi lovituri pe care le aude executate de terapeut.

Atenţie! Se urmăreşte modul în care copilul se încadreză în ritmul impus de terapeut; se observă mimica pe care o are copilul în timpul lucrului, ceea ce oferă date despre starea de disperare, care atestă prezenţa anxietăţilor, fapt ce determină să nu mai fie continuată testarea.

Cînd terapeutul dispune de un metronom, se poate utiliza una din cele trei viteze: lent, mijlociu sau rapid, solicitîndu-i copilului să acţioneze simultan cu mîinile şi picioarele în ritmul impus de metronom. După un timp, trece la o altă formă de reproducere a structurii. I se prezintă copilului forma grafică a structurilor temporale, solicitîndu-i să le reproducă prin lovirea mesei cu creionul.

Cu acest prilej, terapeutul poate evalua modul de înţelegere de către copil a semnelor grafice; conexiunea care se stabileşte între două puncte şi spaţiul care le desparte; spaţiul şi timpul care despart două bătăi cu creionul.

Aplicarea bateriei de teste oferă terapeutului posibilitatea de a evalua structurile de natură motrică, psihologică şi psihomotrică afectate; simptomele evidente, cît şi formele fruste de manifestare, eventual gradul de conştientizare a acestor tulburări, cît şi disponibilitatea copilului de a coopera în procesul de recuperare.

JOCUL ŞI ROLUL LUI IN PROCESUL DE EDUCARE ŞI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Prin intermediul jocului, copilul îşi satisface nevoia de activitate, de acţionare asupra obiectelor şi de transpunere în situaţii diferite. Practic, copilul descoperă lumea prin intermediul jocului.

Jocul este mijlocul prin care copilul cîştigă anumite deprinderi fizice, cognitive şi sociale. În timpul jocului, copilul experimentează anumite acţiuni, care ulterior vor fi combinate cu alte deprinderi mai complexe. Astfel, iniţial copilul mînuieşte piesele unui joc, apoi va încerca să realizeze cîteva combinaţii, pentru ca în final să ajungă la adevărate construcţii. În acest fel, copilul reuşeşte să rezolve unele probleme şi să înţeleagă modul de folosire a unor obiecte.

Jocul este pentru copil ceea ce munca este pentru un adult. Atunci cînd copilul este interesat de un anumit joc, el participă cu intensitate, concentrîndu-şi întreaga energie asupra a ceea ce face. În acest context, jocul *stimulează* copilul pe mai *multe planuri*: senzoriomotor, intelectual, social, creativ, al conştiinţei de sine, moral şi chiar terapeutic (L. Whaley, p. 131, 1987).

Iniţial, copilul mic acţionează prin imitaţie, pornind de la anumite modele, iar unele gesturi sînt descoperite întîmplător, pentru ca, mai tîrziu, ele să poată fi reproduse. Imitaţia tîrzie şi repetarea gestului descoperit întîmplător demonstrează un început de reprezentare mentală a actului motric.

Pentru început, copilul realizează jocuri-exerciţii prin care îşi descoperă propriul corp. Treptat, el va trece la acţiunea asupra obiectelor, pentru a ajunge în final la utilizarea lor.

Acceptînd postulatele amintite mai sus, din care rezultă că mişcarea întîi se descoperă şi după aceea se perfecţionează sau se modifică într-o altă direcţie, trebuie să admitem că aceasta este şi calea prin care se experimentează şi se îmbunătăţesc resursele *senzoriomotrice* ale copilului.

În timpul jocului, copilul inventează şi repetă anumite mişcări, fapt ce va contribui la dezvoltarea treptată a *gîndirii*, *memoriei* şi *creativităţii*.

Jocul de ficţiune îi permite copilului să reproducă realitatea cu ajutorul jucăriilor. În timpul jocului, realitatea este adaptată la posibilităţile copilului, astfel că acesta trebuie să găsească anumite soluţii ce reflectă dorinţele sale. Acest efort de rezolvare a problemelor îi permite copilului să înţeleagă realitatea, să treacă peste anumite dificultăţi şi să-şi dezvolte *conştiinţa de sine*. *Creativitatea* se dezvoltă cu precădere în timpul activităţilor individuale. În timp ce se joacă, imaginaţia copilului are frîu liber, ajungînd la rezolvări personale ale problemelor, ce apelează la idei vechi pentru a reuşi să rezolve situaţii mai noi.

În relaţia sa cu adultul, copilul îşi dezvoltă conştiinţa despre *morală*, pornind de la conceptul recompensă-pedeapsă. În colectivitate, în cadrul jocurilor cu reguli impuse, se dezvoltă *spiritul de grup*, în care regulile trebuie respectate cu rigurozitate.

Terapia prin joc se adresează copiilor cu probleme de sănătate. Pentru aceşti copii afirmaţia „fă aceste exerciţii pentru sănătatea ta" nu este suficientă. Jocul le permite specialiştilor să ajungă la executarea de către copil a anumitor acte motrice. În timpul jocului regulile se pot modifica în funcţie de necesităţile terapeutice. Astfel, se începe acţiunea în poziţia aşezat, apoi culcat şi în picioare. Un anumit gest se execută iniţial cu o mînă, apoi cu cealaltă şi, în final, cu ambele. Terapia prin joc asigură copilului calm şi securitate, alături de stimularea necesară recuperării deficienţei. Programul începe cu antrenarea gesturilor necesare vieţii zilnice (îmbrăcat, spălat, mîncat independent), urmată de antrenarea gesturilor complexe ce pregătesc activitatea de scris şi de învăţare a unei meserii (Y. Lindquist, 1985, p.11).

Copiii cu probleme de motricitate nu trebuie excluşi de la jocurile caracteristice celor sănătoşi. Astfel, ei se pot juca cu plastilină pentru a realiza diverse modele sau să spele cu apă jucăriile, turnînd apă dintr-un vas în celălalt. Ei pot fi antrenaţi în jocuri de construcţie, de desen sau modelaj, aceste jocuri stimulînd abilităţile manuale. Un loc de seamă îl ocupă jocurile executate cu membrele superioare. Activităţile gospodăreşti imitate cu ajutorul jucăriilor stimulează actele motrice în care se regăsesc activităţile casnice şi gospodăreşti, ce reclamă o gamă largă de mişcări şi gesturi de mare precizie.

Copiii cu retard mental lejer se integrează rapid în grupul de joacă, deşi suportă greu agitaţia din jurul lor. Ei sînt uşor de antrenat în jocuri bazate pe imitaţia activităţilor adulţilor, cum ar fi spălarea vaselor sau îngrijirea păpuşii. Copiii mai mari pot face diverse decoraţiuni cu ajutorul frunzelor, al hîrtiei colorate sau al paietelor. Rezultatul activităţii trebuie admirat de persoanele din jur, mai ales în cazul copiilor cu retard mental, care au nevoie de această încurajare.

La aceşti copii se mai poate folosi jocul cu apă şi nisip, jocul cu marionete şi angajarea lor artistică (coruri, orchestre).

Clasificarea jocurilor

Deşi este extrem de dificil de realizat o clasificare cuprinzătoare a jocurilor, specialiştii au propus o astfel de clasificare, pornind de la funcţiile acestora. În acest context, au fost identificate jocurile senzorio-motorii, cele care stimulează dezvoltarea inteligenţei, a relaţiilor sociale şi spiritul de întrecere între copii, sentiment ce va fi la baza atracţiei copilului pentru jocurile sportive.

Jocurile senzorio-motorii sînt caracteristice primilor ani de viaţă. Este vorba de jocuri simple, în care copilul este atras de formă, culoare şi sunet. Gesturile copilului sînt repetitive pentru acţiunea de aruncare şi primire a unei jucării. Treptat, copilul evoluează către etapa în care jucăria este manevrată pentru a produce o anumită lumină sau zgomot.

După vîrsta de un an copilul devine independent, avînd o capacitate crescută de explorare a mediului înconjurător. Jocurile senzorio-motrice se orientează către activităţi de alergare, săritură cu ambele picioare şi într-un picior, legănare, căţărare.

Treptat, abilităţile motrice se perfecţionează, astfel că jocurile sînt orientate către căţărarea pe un copac, săritura cu coarda, folosirea patinelor sau mersul pe bicicletă.

Iniţial, copilul *se joacă cu propriul corp*, pe care, treptat, ajunge să îl cunoască şi să-l stăpînească din ce în ce mai bine, elocventă în acest sens fiind preocuparea sa pentru degetele de la mînă şi picioare. După această primă etapă, în care jocul cu extremităţile sale are valoare de exerciţiu, copilul trece într-o etapă a *jocului cu diverse obiecte*, sau jucării pe care începe să le examineze cu atenţie.

În final, *jocul devine funcţional* copilul începînd să repete la nesfîrşit anumite gesturi. El sare într-un picior pe distanţe din ce în ce mai mari, aruncă mingea cît mai departe, umple şi goleşte recipiente, frămîntă plastilină.

Jocul elaborat reprezintă o etapă superioară de organizare a mişcării, ce stimulează copilul să desfăşoare activităţi complexe, care solicită toate capacităţile acestuia. Jocul elaborat prezintă două caracteristici esenţiale: se înscrie cu un scop şi o anumită semnificaţie pentru copil; permite copilului să-şi evalueze singur progresul realizat.

Aceste jocuri elaborate reprezintă o provocare de natură ***cognitivă***. În cadrul jocurilor elaborate este importantă evaluarea calităţii jocului. S-a ajuns la concluzia că jocurile spontane au un nivel modest de complexitate, pe cînd cele didactice au un nivel adecvat de complexitate cognitivă.

În funcţie de conţinutul lor, jocurile pot fi spontane, dirijate sau organizate.

Jocurile spontane sînt cele în care dirijarea adultului lipseşte cu desăvîrşire. Aceste jocuri sînt caracteristice perioadelor de relaxare şi sînt reprezentate de cel de exersare, simbolic, cu reguli şi de construcţie.

Jocul de exersare se manifestă şi pe plan intelectual, implicînd repetarea unei poezii, construirea unor propoziţii pe o anumită temă sau inventarea unei anumite povestiri cu un conţinut neverosimil.

Jocul simbolic sau de creaţie reproduce anumite activităţi caracteristice familiei. În cadrul acestui joc copilul îşi exprimă liber dorinţele, frica şi aspiraţiile neîmplinite. El transformă realitatea adaptînd-o la posibilităţile şi speranţele sale. Copilul se joacă de-a familia, de-a doctorul, folosind jucăriile pentru a reproduce anumite situaţii (J. Le Camus, 1984, p. 84).

Treptat copilul avansează către jocul cu rol, în care se reproduce un anumit personaj. Copilul imită anumite atitudini sau exprimări verbale caracteristice personajului.

În perioada de preşcolar (4-6 ani), jocul simbolic evoluează către jocul cu mai multe roluri, coordonate datorită creşterii posibilităţilor de simbolizare (H. Barbu, 1994, p. 62).

Jocul cu reguli are două caracteristici de bază, reprezentate de existenţa unor reguli şi a spiritului competitiv. În perioada de preşcolar regulile sînt arbitrare, fiind inventate de copii şi variind în funcţie de situaţie. Treptat, se ajunge la jocul cu reguli bine stabilite, ce trebuie respectate de toţi participanţii de 8-10 ani.

În cadrul jocului de construcţie, copilul poate să-şi folosească din plin imaginaţia. Aceste jocuri solicită intens reprezentarea spaţială şi abilităţile manuale. Pornind de la un număr limitat de construcţii, copiii pot ajunge la un număr nelimitat de obiecte realizate cu ajutorul pieselor ce se asamblează (P. Meilă, 1988, p. 295).

Jocurile dirijate implică atenta supraveghere a adulţilor, ce intervin doar atunci cînd este nevoie. Adulţii intervin frecvent prin sugestii verbale, dar uneori ei trebuie să acţioneze ca un model de rol. Aceste jocuri favorizează dezvoltarea cogni-

tivă, socială şi verbală a copiilor. În cadrul acestor jocuri, un rol important revine stimulării verbale, realizată prin implicarea adulţilor (A. Birch, 2000, p. 85).

Jocurile organizate de adulţi au caracter didactic, permiţînd trecerea către activitatea de învăţare. Jocurile didactice facilitează procesul de asimilare, fixare şi consolidare a cunoştinţelor. Jocurile didactice le permit copiilor să înveţe activ, participativ. Aceste jocuri reprezintă o formă de învăţare accesibilă şi atractivă care corespunde caracteristicilor elevilor din clasele I-IV şi a celor cu retard mental. Materialul didactic folosit în timpul jocului creşte eficienţa învăţării. Jocul cuprinde o serie de sarcini didactice, ce contribuie la exersarea deprinderilor şi la consolidarea cunoştinţelor. Jocul didactic reprezintă un element de sprijin în activitatea de învăţare, element esenţial pentru elevii cu retard mental.

În şcolile ajutătoare şi în învăţămîntul primar de masă, jocul didactic se poate organiza la toate disciplinele şi în orice moment al lecţiei. Se pot organiza: *jocuri senzoriale*, în care elevul recunoaşte un obiect prin pipăire sau miros; *jocuri de apreciere a percepţiei vizuale*, în cadrul cărora elevul reface o imagine din bucăţi; *loto cu imagini*, în care se aleg elementele asemănătoare sau diferite; *jocuri de construcţie*, pornind de la anumite modele; *jocuri muzicale*, în care elevul recunoaşte şi reproduce anumite sunete şi ritmuri.

Pentru a deveni joc, activitatea didactică trebuie să includă elementele caracteristice jocului: surpriza, aşteptarea, întrecerea. De exemplu, copilul poate aduna cifrele scrise în colţurile unei stele sau pe petalele unei flori sau număra păpuşile, urşii, jucăriile, biscuiţii, bomboanele etc.

În timpul jocului, copilul vine în contact cu adultul şi cu alţi copii, astfel că treptat se dezvoltă ***relaţiile sociale***.

Iniţial, copilul se joacă singur cu jucăriile. Apare astfel jocul *solitar independent*, caracteristic primilor doi ani de viaţă. Urmează *etapa de spectator*, în care el stă pe margine, urmărind totuşi jocul altor copii. Uneori întreabă sau dă sugestii, dar nu intră în joc.

Treptat, se ajunge la *jocul paralel*, cînd copiii se joacă cu aceleaşi jucării, în preajma altor copii, dar fără a exista interacţiuni între ei.

Copilul preşcolar începe să se joace cu un alt copil, folosind aceleaşi jucării. Apare astfel *jocul asociativ*, în care activitatea nu este organizată sau divizată şi nici identică (K. Berger, 1986, p. 322).

Preşcolarul mare ajunge la etapa de *joc cooperativ*, în care grupul este organizat şi se află sub conducerea unui lider. Iniţial, grupul de joacă este liber format, dar, treptat, el se structurează, transformîndu-se într-o adevărată societate a copiilor. Aceste schimbări durează cîţiva ani, grupul fiind bine definit abia în perioada pubertară şi de adolescenţă.

În final, se ajunge la *jocul competitiv*, caracteristic jocurilor sportive.

Jocurile sportive sînt caracteristice perioadei şcolare, cînd apar preocupări pentru rezultat şi competiţie. Aceste jocuri se desfăşoară în echipă şi dezvoltă forţa, agilitatea, rezistenţa, perseverenţa şi spiritul colectiv. În cadrul jocurilor sportive, există reguli bine stabilite, care nu pot fi schimbate de participanţi (P. Meilă, 1988, p. 308).

Jocurile sportive sînt jocuri competitive în care combatanţii se confruntă în mod corect, respectîndu-şi adversarul. Tinerii au astfel posibilitatea autoafirmării şi

renunţării la interesul propriu în faţa celui colectiv. Aceste jocuri sînt stimulative atît pentru tinerii cu deficienţe fizice cît şi pentru cei cu retard mental. Părinţii trebuie să supravegheze jocul copiilor de vîrstă mică sau cu probleme de sănătate. Rolul lor nu trebuie să fie numai de supraveghere şi protecţie, ei trebuie să intervină activ în antrenarea lor în jocuri din ce în ce mai complicate. Este greşit ce cred unii părinţii, că un copil nu are nevoie de asistenţă în timpul jocului. Copilul, mai ales cel cu tulburări psihomotrice, are nevoie de încurajare şi de stimulare pentru a se angaja în joc. De asemenea, rezultatele bune obţinute trebuie apreciate de cei din jur. Copilul cu deficienţă fizică sau cu retard mental trebuie stimulat şi orientat către activităţi de joc, în care el trebuie să exploreze şi să atingă obiectele şi să le recunoască, iar apoi să pună numeroase întrebări adulţilor.

Conţinutul şi organizarea jocului

Jocul implică două aspecte de bază: fizic şi relaţional. Aspectul fizic vizezează formarea abilităţilor de apucare şi de manevrare, care, prin repetare şi prin angrenare a segmentelor corporale, conduc la formarea deprinderilor motrice. Aspectul relaţional capătă consistenţă în momentul în care copilul vine în contact cu un alt copil sau cu un adult. Jocul, sub raportul conţinutului, vizează două aspecte de bază: jocuri cu caracter educativ şi jocuri cu caracter reeducativ.

Jocul cu caracter educativ constituie forma de activitate a copilului mic, a preşcolarului şi şcolarului. În aceste condiţii, sistemul de organizare este individual şi în grup, fapt ce prilejuieşte copiilor multe emoţii, bucurii şi satisfacţii.

Jocul este forma de activitate care solicită eforturi comune, contribuind, în mare măsură, la formarea deprinderilor şi la dezvoltarea calităţilor motrice.

Jocurile cu caracter educativ vor fi concepute şi conduse de aşa manieră încît tema să reprezinte, pe lîngă mijlocul de stimulare şi de menţinere a interesului copilului, şi modalitatea de realizare a principalului scop, care să-l conducă la formarea deprinderilor motrice de bază şi aplicative.

Jocul cu caracter reeducativ prezintă particularităţi care îl diferenţiază de cel cu caracter educativ, cum ar fi: conţinutul este stabilit de către copil în funcţie de trebuinţele şi de dificultăţile sale; acţiunile se desfăşoară individual; sistemul de mijloace este mult mai restrîns; se combină acţiunile motrice cu verbalizarea fiecărei mişcări pe care o execută copilul; terapeutul se poate implica în acţiunile de joc pentru a susţine, orienta şi asigura desfăşurarea jocului; regulile de joc, la început, sînt stabilite de către copil. Pe parcurs, terapeutul introduce reguli care se constituie în componente ale procesului de reeducare.

Tipurile de jocuri ale copilului cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice se pot organiza sub formă de: jocuri cu acţiuni reale şi jocuri cu acţiuni imaginare.

Jocurile cu acţiuni reale oferă terapeutului posibilitatea de a utiliza o paletă largă de mijloace prin intermediul cărora să poată interveni pentru a corecta anumite deprinderi şi calităţi motrice, cît şi unele tulburări de psihomotricitate. Selecţionarea jocurilor reale se face în funcţie de specificul tulburării, de trăsăturile de caracter şi de particularităţile individuale ale copilului. Prin intermediul jocurilor reale, terapeutul poate observa trasăturile de personalitate ale copilului, nivelul legăturilor pe care copilul le are cu ceilalţi membri ai grupului, cît şi complexitatea acestor legături.

Jocurile cu acțiune imaginară se desfășoară într-un spațiu și timp imaginare, reprezentînd, de fapt, jocurile dramatice. Aceste jocuri îi oferă terapeutului posibilitatea de a identifica personalitatea copilului. Aceste jocuri sînt utilizate, cu precădere, în perioada cînd copilul înțelege conținutul acțiunii, poate îndeplini unele obiective fără a fi îndrumat sau chiar condus de către terapeut.

Aceste jocuri cuprind acțiuni familiare care, pe măsură ce copilul crește și se dezvoltă, pot deveni tot mai complexe, în sensul că se poate acorda atenție anumitor semnificații ale realității din mediul încojurător, pe care trebuie să le redea într-o formă sintetică. În aceste condiții, copilul este pus în situația de a mima unele acțiuni pe care le vede și pe care trebuie să le redea.

În joc copilul are un rol pe care trebuie să-l îndeplinească, el trebuie să mimeze acțiunea, dar va trebui să prezinte funcția, numele, sexul personajului pe care îl reprezintă. Regula de bază a acestor jocuri este de a „face ca și cum" sau, cum afirmă copiii „adică".

Alegerea temei îi aparține copilului, dar se stabilește o condiție esențială: nu are voie să acorde caracter distructiv sieși, partenerilor, spațiului și reeducatorului. În aceste condiții actorii vor acționa prin intermediul corpului, fără a verbaliza acțiunea. Atunci cînd intervine limbajul, acesta are rolul de a susține gestul, de a explica sau chiar de a provoca o nouă stare psihică. De fapt, limbajul are rolul de a „colora" povestirea, de a explica unele acțiuni pe care trupul nu a reușit să le prezinte. Comportamentul copilului poate fi curtenitor, gingaș sau poate deveni bătăios, dominator și toate aceste manifestări sînt în funcție de dificultățile pe care le are.

Dacă vom întîlni un copil cu dificultăți grafice la care neîndemînarea va fi accentuată, jocul pe care îl va alege va urmări să evite acele acțiuni care să ilustreze această neîndemînare. Îi va fi mult mai ușor să improvizeze acțiuni bazate pe mișcarea trunchiului, a picioarelor, dar la care mîinile să participe cît mai puțin. Dacă vom întîlni un copil care manifestă reținere, chiar teamă față de spații închise, vom organiza jocuri prin care să înlăturăm frica. Se construiește un tunel dintr-un sac fără fund, la capătul sacului se plasează un obiect pe care știm că și-l dorește. I se cere copilului să se ducă și să ia obiectul respectiv. După ce a realizat acțiunea, copilul este lăudat de către terapeut. În etapa următoare se unesc doi saci pentru a trece printre ei pentru a prelua obiectul dorit.

Un alt mod de a oferi copilului posibilitatea de a se juca în spațiu închis este reprezentat de utilizarea cutiilor mari din carton. Se desenează și se decupează de pe cutie: ferestre, uși, pentru a reda aspectul unei case. Se constată că imaginația copilului este productivă, în sensul că plăcerea de a se juca în spații mici reprezintă un atribut al copilului. Jocul, în aceste spații, oferă copilului posibilitatea de a reda aspecte din viața de familie, pe care o întîlnește în fiecare zi.

Jocurile cu apă sînt utilizate în timpul verii. Într-un lighean mare sau într-un bazin din plastic se pot asigura cele mai potrivite condiții pentru jocul copilului. Atenția trebuie să fie îndreptată asupra înălțimii stratului de apă, să nu depășească 20-25 cm, să fie caldă și să stea cineva lîngă copil pentru a urmări modul în care el se joacă (pentru a evita unele aspecte neplăcute). Dacă este utilizat un bazin din plastic se pot organiza jocuri cum ar fi: toboganul pe apă; urcarea și coborîrea din bazin; mișcări ale brațelor și picioarelor care să imite înotul pe burtă și pe spate; „uite, nu-i" – scufundarea capului în apă.

Folosirea materialelor în joc

Terapia prin joc nu se poate lipsi de unele materiale, deşi acestea nu reprezintă elementul cel mai important. În activitatea terapeutică sînt utilizate acele materiale care pot servi scopului propus. În general, se recomandă ca în activitatea reeducativă să fie utilizate materiale simple, folosite şi în gradiniţe, dar maniera lor de utilzare şi modul în care sînt introduse în joc prezintă unele particularităţi. Organizarea materială este o componentă a procesului de organizare a jocului. Nu trebuie să se înţeleagă cantitatea, calitatea, diversitatea materialului, ci doar modul în care aceste materiale (simple sau complicate) pot fi utilizate în joc pentru a servi scopului propus.

În procesul de reeducare psihomotrică, prin intermediul jocului, materialele, sub raportul formei, complexităţii şi cantităţii, sînt în funcţie de posibilităţile de moment ale copilului (Y. Lindquist, p. 15, 1985).

Reuşita în organizarea materială depinde de terapeut, de modul în care concepe şi conduce activitatea de reeducare. Privind în jurul său, terapeutul trebuie să-şi pună întrebarea: ce pot face cu acest material pentru a stimula activitatea copilului cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice? Ce joc pot organiza cu acest material care să trezească interesul acestui copil? Voi arăta obiectul şi-l voi solicita pe copil să-mi spună ce poate să facă cu el. Acest aspect este cel mai important moment în cadrul organizării procesului de reeducare psihomotrică, întrucît i se oferă copilului posibilitatea de a pune în valoare capacitatea sa imaginativă.

Folosind acest procedeu se poate constata că plăcerea de a se juca cu un anumit material, căruia copilul i-a conferit un anumit rol, a fixat anumite reguli, a stabilit o anumită finalitate, va conduce la rezultate mult mai bune decît atunci cînd îl obligăm, îl dirijăm să utilizeze materiale standard.

Copilul, cînd este pus în situaţia de a alege jocul, materialele de joc, de a fixa regulile de desfăşurare, de a fi lăudat cînd execută corect şi de a fi corectat cînd greşeşte, o face cu toată seriozitatea, fiind convins că în acest fel va reuşi să treacă peste pragul dificultăţilor pe care le are.

Reguli de bază în organizarea şi orientarea jocului

– Să se dea posibilitatea de a reuşi, chiar dacă dificulţile sînt mari.
– Să se asigure condiţii pentru a se juca cu plăcere, să simtă o bucurie, o satisfacţie, atît în timpul desfăşurării jocului cît şi după joc.
– Nu vor fi puse la îndemîna copilului multe jucării, ci un număr mic dar bine ales, în funcţie de obiectivul motric urmărit sub raportul formei, conţinutului, consistenţei şi temei propuse, dar şi dorinţei copilului de a se juca cu un anumit obiect.
– În relaţiile cu copii cu tulburări psihomotrice sînt situaţii cînd aceştia refuză să acţioneze – motivul „nu pot". Terapeutul pregăteşte din timp acest aspect al refuzului, introducînd regula de bază „nu există «nu pot», ci numai „ încerc" şi sper să reuşesc.
– Se recomandă folosirea unei jucării numai după ce îi cunoaştem conţinutul. În acest fel se evită unele aspecte neplăcute din tipul desfăşurării procesului de reeducare.
– Cea mai mică realizare, cel mai discret semn de execuţie a unei mişcări sau gest trebuie să fie cît se poate de mult apreciate, lăudate. Terapeutul trebuie să se bucure şi să-l încurajeze pe copil, să trăiască bucuria unei victorii. A trece indiferent pe lîngă micile rezultate înseamnă că profesiunea este executată mecanic. Terapeutul trebuie să se bucure de bucuria copilului, să trăiască alături de el fiecare clipă de fericire, să-l încurajeze şi să-i dea toată căldura sa sufletească.

ROLUL TERAPEUTIC AL DESENULUI

Probele de desen ocupă un loc important în înţelegerea copiilor, atît pentru cunoaşterea structurii lor psihologice cît şi pentru depistarea celor cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice. Prin intermediul desenului se poate aprecia nivelul intelectual dar şi personalitatea copilului. Limbajul copilului este încă sărac, astfel că desenul îl ajută să-şi exteriorizeze emoţiile şi sentimentele sale (valoarea expresivă). La rîndul lor, detaliile acestor desene reprezintă elementele care l-au influenţat pe copil în sens pozitiv sau negativ. In acelaşi timp, desenul, privit în ansamblu, reflectă personalitatea copilului (valoarea proiectivă). Desenul trebuie înţeles, ca o adevărată poveste, ce oferă informaţii în legătură cu relaţia copilului cu mediul înconjurător (valoarea narativă). El dezvăluie specialiştilor zonele profunde ale personalităţii copilului (valoarea asociativă).

Realizarea unui desen este influenţată de factori perceptiv-motrici, intelectuali şi afectivi. Desenul se perfecţionează progresiv pe măsură ce *abilităţile motrice* şi *perceptuale* se dezvoltă. Acest progres poate fi apreciat pornind de la reproducerea unei figuri geometrice. Astfel: începînd de la 18 luni copilul reuşeşte să ţină creionul în mînă şi să mîzgîlească foaia de hîrtie; după vîrsta de 24 luni copilul începe să traseze linii verticale şi orizontale; desenul se perfecţionează prin imitaţia gesturilor făcute de părinţi în faţa copilului; astfel el prelungeşte o linie făcută de părinţi în faţa lui şi închide semicercul; la 36 de luni desenează cuibul şi cercul; liniile sînt desenate continuu; la 4 ani copilul reuşeşte să deseneze după model forme închise; el desenează un pătrat; la 5 ani el desenează după model un triunghi şi un dreptunghi; la 6 ani reuşeşte să traseze linii oblice desenînd un romb (S. Bourgès, 1991, p. 25)

Figurile geometrice copiate, sînt deformate la început, deformări considerate normale pentru copilul preşcolar ele datorîndu-se propriei interpretări a imaginii; absenţei structurării manifestate prin trasarea unor linii, ce nu respectă modelul şi care nu sînt închise; repetiţiei stereotipe a unui anumit element; capacităţii scăzute de concentrare a atenţiei, ce duce la apariţia unor confuzii sau a orientării incorecte a desenului faţă de model; renunţarea la unele detalii şi simplificarea desenului (conturul aminteşte vag de modelul reprodus); stîngăcia grafică, ce obligă la corectarea desenului, deformează şi mai mult modelul reprodus; tendinţa spre simetrie determină repetarea desenului, pentru obţinerea unor imagini simetrice pe foaia de hîrtie. Aceste deformări sînt frecvent întîlnite în desenul copilului cu retard mental. În analiza desenului geometric, trebuie să se ţină cont de factorii perceptiv-motrici, intelectuali şi afectivi.

Desenul geometric permite explorarea structurii spaţiale şi a motricităţii, în general. Orientarea şi poziţia relativă a figurilor, oferă informaţii legate de organizarea

spaţială iar construcţia unghiurilor permite cunoaşterea stadiului de dezvoltare perceptiv-motrică (ce se reflectă prin maturizarea funcţiilor cerebrale).

Desenul oferă examinatorului posibilitatea aprecierii dezvoltării mentale a copilului preşcolar şi a şcolarului mic. De asemenea, unele retarduri sînt strîns legate de problemele afective, ce pot fi evidenţiate prin desen.

Desenul se perfecţionează treptat, pe măsură ce *capacităţile intelectuale* ale copilului se maturizează.

Evoluţia calitativă a desenului este strîns legată de dezvoltarea reprezentărilor mentale, acesta fiind din ce în ce mai bine structurat şi mai bogat în detalii. Intervenţia factorilor intelectuali, este evidentă în cadrul desenului cu temă, în timp ce aprecierea evoluţiei desenului are la bază numărul de elemente reproduse. Ţinînd cont de aceste aspecte, evoluţia desenului cu temă va parcurge 4 etape: *realismul întîmplător*, apare începînd de la 18 luni, cînd mîzgîlitura reprezintă pentru copil o anumită imagine; *realismul eşuat,* apare după vîrsta de 2 ani, cînd copilul doreşte să deseneze ceva, dar nu are încă abilităţile necesare; *realismul intelectual,* este caracteristic perioadei de preşcolar, în care desenul reflectă modelul interior al copilului; *realismul vizual,* este caracteristic perioadei de şcolar mic, în care copilul face, prin desen, o fotografie a realităţii.

În etapa realismului intelectual desenul etalează următoarele particularităţi: *transparenţa*, ce implică desenarea unor detalii, care în mod normal nu se văd; la copilul cu retard mental transparenţa se menţine şi după vîrsta de 7-8 ani; *schimbarea planurilor* implică lipsa perspectivei; în desenul casei, spre exemplu, copilul desenează două laturi, dar baza laturii plasată după colţ este la acelaşi nivel cu faţada; treptat se ajunge *la desenul în perspectivă,* la care baza laturii plasată după colţ nu este în acelaşi plan cu faţada. (S. Bourgès, 1991, p. 25)

Cel mai cunoscut exemplu de desen cu temă este cel al figurii umane, ce permite aprecierea rapidă a nivelului dezvoltării intelectuale. Astfel: către vîrsta de 3 ani omuleţul are aspectul unui mormoloc; la 3-4 ani apare capul cu braţe şi picioare (omul păianjen) şi apoi ochii, nasul şi gura; la 5 ani imaginea omului este completă, apărînd capul, gîtul, trunchiul şi membrele; uneori sînt prezentate şi elemente de îmbrăcăminte; către 6 ani omuleţul este desenat în mişcare, de exemplu mişcarea braţelor şi a picioarelor; la 6 ani şi 6 luni omuleţul este desenat şi din profil dar pot apare unele confuzii (desenează doi ochi); la 7 ani aceste confuzii dispar iar desenul este din ce în ce mai mult apropiat de realitate. (P. Arcan, 1980, p. 149)

Desenul omuleţului este incomplet, în situaţia în care copilul are probleme legate de schema sa corporală şi de structurarea spaţială. In condiţiile în care nivelul intelectual al copilului este redus, scorul obţinut la acest desen este de asemenea scăzut. Desenul omuleţului poate fi realizat schematizat şi în situaţia în care intervin unii factori afectivi. Astfel, uneori pot fi identificate elemente de impulsivitate, anxietate, dificultăţi relaţionale dar interpretarea lor trebuie realizată cu multă atenţie.

O temă predilectă pentru desen este cel al unei case. Acesta este şi motivul, pentru care „casa" a fost propusă ca etalon, pornind de la elementele componente: contur, acoperiş, hornuri, uşi, ferestre, alee. Cu cît retardul mental este mai avansat, cu atît şi desenele sînt mai sărace în detalii, ferestrele mai mici şi acoperişul mai trunchiat.

Factorii afectivi pot fi studiați cu ajutorul desenului liber, al familiei și al arborelui. Desenul liber permite investigarea factorilor afectivi în măsura în care se evită orice constrîngere legată de temă. Desenul familiei oferă informații legate de relațiile din familie. Interpretarea se realizează pornind de la situația și dimensiunea personajelor din desen. Desenul arborelui scoate în evidență afectivitatea raportată la imaginea corpului. (S. Bourgès, 1991, p. 43)

Analiza desenului, după Ursula Schiopu (1981, p. 123), se axează pe următoarele componente:

- mărimea și poziția desenului se raportează la poziția față de centrul paginii; plasarea desenului în josul paginii etalează tendința pentru dominația inconștientului, a regresiei și a pulsiunilor conflictuale; plasarea în zonele superioare ale paginii reprezintă „conceptualizări, iar cele mediane elemente ale afectivității";
- mărimea personajelor și prezentarea lor cu trăsături ferme pun în evidență vigoarea fizică;
- numărul de persoane mai mare decît membrii familiei exprimă dorința de a avea un frate sau o soră, fie se vede pe sine ca avînd dublă existență;
- lipsa unei persoane din familie din cadrul desenului pune în evidență atitudini tensionale, negația, opoziția sau un conflict acut între persoana care lipsește și copil;
- prezentarea unei persoane fără un segment de membru are aceeași semnificație ca atunci cînd nu este trecută în desen;
- desenul care prezintă persoane din cadrul familiei fără ornamentație exprimă tensiuni și opoziție față de persoana respectivă, pe cînd persoanele care au unele acesorii, podoabe sînt investite cu admirație și afecțiune.

Desenul mobilizează, pe de o parte forța motorie, de cele mai multe ori subtensionată sau dezordonată, oferindu-i subiectului capacitatea de a se stăpîni, de a fi sub propriul său control. Pe de altă parte, se pare că activitatea motorie „educă" mai eficient și funcțiile neuropsihice ale copilului, integrînd conceptul de motricitate (C. Păunescu, I. Mușu, 1990, p. 247).

Desenul este utilizat și pentru a ilustra nivelul de adaptare și poziționare spațială. Se folosesc două procedee: desenul după model și fără model.

Desenul după model este o probă ce pune în evidență maniera în care copilul percepe spațiul și profunzimea. Se solicită copilului să deseneze o casă (probă care poate fi aplicată de la vîrsta de 7-9 ani). Maniera în care copilul finalizează această acțiune pune în evidență: corecta interpretare de către copil a temei date; cazuri în care copilul prezintă doar o sinteză a temei date, în sensul că trasează conturul fără a prezenta detaliile.

Acțiunea se poate repeta după un timp, cerînd copilului să refacă desenul din memorie.

Desenul fără model solicită copilului să redea imaginea corporală a unui copil. Introducerea acestei teme permite examinatorului să identifice reprezentarea pe care o are copilul despre corpul omenesc, în general, cît și a propriului corp, în mod special. În condițiile în care se constată că desenul prezintă lacune, sărăcie a elementelor care compun tema dată și unele elemente definitorii sînt omise (ochi, urechi, nas, gură), se poate pune în discuție retardul în evoluția copilului.

Dezvoltarea desenului *artistic* parcurge patru etape identificate de R. Kellog, (citat de Papalia, 1990, p. 301). În realizarea studiului desenului autoarea a pornit de la examinarea unui număr impresionant de copii. S-a constatat că aceştia au preferat să deseneze şi să coloreze, în special propriile desene. Puţini copii sînt interesaţi să coloreze cărţile tipărite. Desenele realizate de copii sînt asemănătoare în diferite culturi şi reflectă gradul de maturizare al creierului.

În jurul vîrstei de 2 ani copilul apucă creionul şi începe să deseneze linii verticale, orizontale sau în zig-zag (*stadiul mîzgîliturilor*). Iniţial liniile sînt trasate pe toată pagina pentru ca ulterior ele să capete o anumită plasare în spaţiu. Către vîrsta de 3 ani copilul trece în *etapa formelor geometrice* în care desenează 6 elemente de bază: cerc, pătrat sau dreptunghi, triunghi, cruci, ixuri şi imagini cu forme neregulate. Aceste şase elemente de bază vor fi desenate împreună sau separat, constituind o diagramă.

Treptat, copilul reuşeşte să unească mai multe elemente de bază ajungînd la realizarea unei imagini complexe. Este *stadiul desenului abstract* caracteristic vîrstei de 3-4 ani în care, iniţial copilul combină diagramele pentru a ajunge, în final, la o imagine de ansamblu (un agregat).

Mulţi părinţi neglijează aceste desene pe care le consideră abstracte şi fără legătură cu realitatea. Practic, aceste desene reprezintă o etapă de trecere către stadiul următor, *al picturii*, ce apare în jurul vîrstei de 5 ani. În această etapă copilul reproduce obiectele familiare, iniţial schematic iar apoi le realizează cu mai multe detalii. În procesul de reeducare psihomotrică, creativitatea copilului este stimulată de desenul liber în care nu există sugestii şi interdicţii din partea terapeutului. În perioada şcolară copilul renunţă treptat la desen, datorită intervenţiei părinţilor şi a terapeutului care pot impun anumite teme.

ROLUL FAMILIEI ÎN
CREŞTEREA ŞI DEZVOLTAREA COPILULUI

Familia este nucleul social elementar ce apare prin căsătorie. Ea este formată din soţ, soţie şi descendenţii acestora. Membrii familiei sînt uniţi prin drepturi şi obligaţii morale, juridice, economice şi sociale.

Ca unitate de bază a societăţii, familia îndeplineşte următoarele funcţii: *funcţia biologică* – asigură întinerirea populaţiei; *funcţia economică* –producerea şi consumul de bunuri; *funcţia juridică* – confirmată de actele de stare civilă; *funcţia culturală* – identifică şi transmite anumite obiceiuri; *funcţia educativă* - implică activitatea ce asigură dezvoltarea facultăţilor morale, intelectuale şi fizice ale copiilor, precum şi totalitatea metodelor folosite în acest scop; *funcţia morală* – acceptul şi transmiterea unor anumite valori; *funcţia psihologică* – crearea climatului afectiv în care trăieşte şi se dezvoltă copilul (C. Enăchescu, 2004, p. 181).

Structura familiei este nemijlocit implicată în creşterea şi dezvoltarea copiilor, ale urmaşilor lor direcţi. Familia modernă din ţările occidentale este relativ restrînsă, fiind formată din tată, mamă şi copii şi relativ separată de rude. În ţara noastră, familia este frecvent extinsă, fiind formată din numeroase rude. Practic, discutînd despre familie, se poate vorbi despre o familie nucleară şi una extinsă.

Familia nucleară are în componenţa ei pe cei doi părinţi şi copiii, fără rubedenii conexe. Există situaţii în care această familie nucleară este dezorganizată prin divorţ sau deces. În alte cazuri, familia apare prin concubinajul părinţilor.

În ţările occidentale, mai dezvoltate din punct de vedere social decît ţara noastră, adolescenţii învaţă să se descurce singuri, ajungînd rapid să trăiască separat de părinţi (L. Whaley, 1987, p. 63). În ţara noastră, în schimb, o astfel de independenţă este greu de conceput din motive economice şi culturale.

Familia extinsă este formată din membrii mai multor generaţii. Bunicii preiau îngrijirea nepoţilor, în timp ce părinţii muncesc pentru a asigura cele necesare familiei.

Calitatea vieţii de familie reprezintă un alt element de bază ce are repercusiuni majore asupra coeziunii ei, în cauză fiind: situaţia economică ce influenţează în cea mai mare măsură nivelul de trai al familiei; locul de muncă al părinţilor şi valorile morale ale acestora (D. Papalia, 1990, p. 583).

Reacţia părintelui faţă de copil. În general, naşterea unui copil determină restructurarea vieţii de familie. Copilul necesită dragoste şi disciplinare, dar şi o anumită independenţă. Există situaţii în care el nu corespunde dorinţelor părinţilor. Aceştia trebuie să înţeleagă că nu copilul este vinovat, dacă nu corespunde speranţelor

ce au fost puse în el. Între părinţi şi copii se nasc anumite relaţii, influenţate în special de stilul parental.

Au fost identificate trei categorii de părinţi, în funcţie de stilul pe care-l adoptă.

- Părinţii *autoritari* controlează viaţa copilului în cele mai mici amănunte. Copilul nu trebuie ascultat, deci acesta nu are dreptul la opinii proprii (K. Berger, 1986, p. 531).
- Părinţii *democratici* stabilesc anumite reguli de comun acord cu copiii, ei insistă pe consecinţele ce apar într-un anumit context.
- Părinţii *permisivi* sînt puţin preocupaţi de comportamentul copiilor, cărora le acordă o independenţă exagerată. Pentru aceşti părinţi, singura obligaţie pe care o au faţă de copii este aceea de a le asigura sprijinul material. În această categorie trebuie incluşi şi părinţii care-şi neglijează copiii (L. Whaley, 1987, p. 75).

Interacţiunea părinte-copil este complexă şi duce, în final, la învăţarea unor norme de comportament. Disciplina este considerată a fi unul din elementele de bază ale interacţiunii părinte-copil, prin ea urmărindu-se învăţarea unor norme de comportament care să-i permită adaptarea la societatea în care trăieşte. Pornind de la metodele de disciplinare folosite, au fost identificate mai multe tipuri de părinţi.

Părinţii echilibraţi combină autoritatea cu înţelegerea. Ei pornesc de la ideea unor relaţii în care copiii au drepturi şi obligaţii. În disciplinarea copilului, ei fac apel la raţiune, respingînd măsurile violente. Atunci cînd copilul are un comportament corect, el va fi răsplătit, ceea ce determină apariţia unei întăriri pozitive. Un comportament incorect va fi iniţial trecut cu vederea, ceea ce determină apariţia unei întăriri negative. Lipsa atenţiei îl face pe copil să renunţe la anumite gesturi. Dacă greşeala se repetă, aceşti părinţi recurg la folosirea unui loc de pedeapsă, loc în care copilul nu se poate juca, dar este în deplină securitate (C. Ciofu, 1998, p. 124).

Dacă un copil are nevoie de îngrijiri speciale, acestea i se acordă, dar fără a monopoliza atenţia întregii familii

Părinţii indiferenţi sau *hipoprotectivi* reacţionează prin lipsă de afecţiune, suprasolicitare sau chiar respingere. Astfel de situaţii apar frecvent în familiile dezorganizate, în care copilul este aruncat, ca o minge, de la un părinte la celălalt. Uneori, părinţii se ceartă şi devin chiar violenţi, violenţe de care copilul „beneficiază" din plin.

Suprasolicitarea poate reprezenta o altă formă de reacţie indiferentă. Părintele nu acordă atenţie adevăratului potenţial al copilului, pretinzîndu-i rezultate care, de fapt, îi sînt inaccesibile. Astfel de probleme apar frecvent în situaţia copiilor cu deficienţe fizice, mentale şi senzoriale, pe care părinţii îi tratează ca şi cum ar fi complet sănătoşi (L.Whaley, 1987, p. 929).

Din păcate, uneori apar chiar reacţii de respingere, manifestate prin abandonarea copilului într-un centru de plasament.

La polul opus se plasează *părinţii exageraţi* sau *hiperprotectivi*. Părinţii acestui copil sînt restrictivi, limitînd tendinţa de independenţă. Se discută o serie de factori ce favorizează apariţia supraprotecţiei.

Copilul unic este frecvent hiperprotejat, fiind considerat comoara familiei. O altă categorie de copii ce pot fi hiperprotejaţi sînt cei cu probleme de sănătate. Familia le acordă o atenţie deosebită, chiar dacă boala s-a vindecat (P. Meilă, 1988, p. 446).

Mamele casnice au frecvent înclinaţia spre hiperprotecţia copilului. Uneori aceste mame au satisfacţii reduse de ordin marital şi profesional, astfel că îşi revarsă întreaga disponibilitate asupra copilului.

Relaţiile afective şi comunicarea dintre părinţi îşi pun amprenta asupra tipului acestora. În familia copilului supraprotejat apare frecvent o lipsă de comunicare, relaţiile dintre părinţi sînt simbolice, iar viaţa sexuală este nesatisfăcătoare.

Uneori părinţii au sentimente de respingere faţă de copil, dar reacţionează prin supraprotecţie. Astfel de situaţii apar frecvent în familiile în care se naşte un copil deficient fizic sau psihic. Părinţii au sentimentul de insatisfacţie faţă de acest copil, pe care-l ascund sub masca unei atenţii excesive (C.Ciofu, 1998, p. 127).

Părinţii nevrotici sau cei cu boli psihice au tendinţa de a-şi proteja excesiv copiii. Ei recurg la serviciile medicale chiar pentru unele afecţiuni banale.

Părinţii rigizi sau severi domină complet copilul. Frecvent, tatăl ia deciziile de unul singur, iar ceilalţi trebuie doar să asculte. Uneori, copilul este supus unor măsuri aspre, chiar absurde. Frecvent, această severitate are o acţiune de recul, favorizînd creşterea agresivităţii şi ostilităţii copilului (K. Berger, 1986, p. 532).

Părinţii inconsecvenţi trec rapid de la momentele de indiferenţă la cele de control. Copilul este pasat cu uşurinţă la diverse rude, ce au concepţii diferite despre disciplinare, situaţie în care el trece rapid de la hiperprotecţie la hipoprotecţie.

O categorie aparte de părinţi inconsecvenţi este reprezentată de cei *indulgenţi.* Astfel de reacţii se manifestă frecvent în familiile în care diferenţa de vîrstă dintre copii este mare. Mezinul este totdeauna alintat, părinţii acceptîndu-i toate mofturile, în timp ce pentru copiii mai mari părinţii au avut un alt tip de disciplinare, mai sever.

Din păcate, uneori, părinţii îşi revarsă nemulţumirile asupra copiilor *agresîndu-i,* cele mai frecvente victime ale acestor familii fiind copiii cu deficienţe fizice, retard mental sau purtători ai unor malformaţii Aceşti copii prezintă frecvent şi alte urme ale neglijenţei părinţilor: malnutriţie, retard psihomotor neorganic, igienă defectuoasă (L. Stan, 2004, p. 144).

Ataşamentul părinţi-copil. Imediat după naştere, părintele se simte brusc ataşat de copil. Părintele simte că acest copil va fi al lui pentru totdeauna.

Pentru a se realiza o legătură precoce părinţi-copil se recomandă ca şi tatăl să asiste la naştere. În acest fel, tatăl se va simţi mai angajat în îngrijirea copilului. Cei doi părinţi trebuie să se pregătească din timp pentru naşterea copilului lor. Această pregătire presupune schimbarea comportamentului, deoarece copilul trebuie să ocupe un loc central. Iniţial, relaţia dintre soţi este bidirecţională şi va deveni tridirecţională din momentul naşterii primului copil.

Ataşamentul părinţilor apare precoce, încă din timpul sarcinii, pe cînd cel al copilului se dezvoltă treptat, prin interacţiunea cu părinţii.

Copilul sănătos şi vioi intră rapid în contact cu părinţii, astfel că legătura părinte-copil se stabileşte cu uşurinţă.

Copilul născut prematur are nevoie de îngrijiri speciale, astfel că legătura părinte-copil este întîrziată. Pentru a evita apariţia unor astfel de probleme, este încurajată apropierea fizică dintre părinţi şi copil.

Pentru copilul cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice, situaţia este mai dificilă. Părintele trebuie întîi să se adapteze la situaţia reală în care copilul visat nu a

apărut. Adaptarea este foarte dificilă, în situaţia în care aspectul corporal al copilului este modificat. Uneori apar reacţii de respingere, dar, pe măsura trecerii timpului, intervine necesitatea protecţiei acestui copil. Părinţii se simt învestiţi cu o misiune, iar ataşamentul se dezvoltă treptat. Mama este părintele de bază, iar relaţia mamă-copil este dominantă. Totuşi este important şi tatăl, deoarece el nu poate iubi cu adevărat un copil dacă nu s-a implicat şi în creşterea lui. Calitatea ataşamentului copilului se corelează cu calitatea reacţiei părinţilor. Aceştia îşi exprimă dragostea pentru copil în feluri diferite, iar, ca o reacţie de răspuns la dragostea părinţilor, şi copilul îşi va dezvolta dragostea lui faţă de părinţi.

Copilul – oglinda părinţilor. Relaţia apropiată părinte-copil are un rol protector faţă de situaţiile stresante. Există cîţiva factori de protecţie a copilului împotriva elementelor agresive din mediu. Aceşti factori sînt reprezentaţi de: relaţia bună mamă-copil; relaţia adecvată tată-copil; orientarea copilului către anumite domenii de activitate (hobby); recompensarea copilului pentru succesele obţinute; relaţii apropiate cu fraţii; relaţii de prietenie cu colegii; relaţii bune cu adulţii din afara familiei (C. Ciofu, 1998, p. 128).

În funcţie de comportamentul părinţilor, sînt identificate mai multe tipuri de reacţii ale copiilor. Copilul părinţilor *autoritari* este o adevărată marionetă lipsită de iniţiativă. El ajunge rapid la situaţia în care nu se poate descurca, deoarece nu ştie ce cale să urmeze.

În situaţia părinţilor ce se vor *democratici*, copilul acţionează independent, dar responsabil, gîndindu-se doar la eventualele consecinţe ale unei acţiuni greşite. El este capabil să se autoaprecieze realist, impunîndu-şi obiective adaptate posibilităţilor şi intereselor proprii.

Copilul părinţilor *permisivi* este nesigur şi dezorientat atunci cînd trebuie să ia o decizie. Independenţa exagerată oferită de unii părinţi creează puţine puncte de reper, astfel că el deosebeşte greu binele de rău (P. Meilă, 1988, p. 448).

Relaţia părinte-copil se regăseşte şi în tipurile comportamentale ale copilului. Cei crescuţi în familii *echilibrate* se remarcă prin încrederea pe care o au în propriile forţe, sînt fericiţi şi prietenoşi. Dacă se remarcă printr-un comportament necorespunzător, atunci copilul va fi pedepsit, dar nu înainte de a i se explica motivul pedepsei. În acest fel, el va deveni apt să-şi structureze reguli proprii de comportament.

Copilul părinţilor *indiferenţi* este neglijat şi i se refuză cele mai elementare drepturi. Sînt situaţii cînd părinţii îl suprasolicită, ceea ce se soldează frecvent cu eşecuri, favorizînd apariţia sentimentului de inferioritate.

Copilul *hiperprotejat* este lipsit de iniţiativă, anxios şi nu îşi asumă resposabilitatea faptelor comise, cineva din familie fiind totdeauna dispus să-i ia apărarea.

Părinţii *prea exigenţi* riscă obţinerea unor efecte contrarii celor dorite, copiii lor oscilînd între reacţii agresive şi ostile. Ei devin modeşti, supuşi şi incapabili să se apere, se angajează greu într-o activitate, fiind lipsiţi de iniţiativă.

Copiii din părinţi cu un comportament *indecis* au toate şansele să se înscrie şi ei în viaţă cu o participare inconsecventă, după modelul pe care l-au preluat de la părinţii lor.

În situaţia părinţilor *indulgenţi*, copilul se remarcă printr-un parcurs psihomotric lent, vorbeşte tîrziu şi cu dificultate iar tentativele de activare a personalităţii sale, de regulă, nu se soldează cu rezultate notabile.

Copilul *maltratat* de părinţi prezintă numeroase sechele traumatice la nivelul tegumentelor, iar prezenţa părinţilor îl timorează şi îi provoacă reacţii de apărare.

Ataşamentul copilului este, de asemenea, o componentă a vieţii de familie ce poate fi definită ca o relaţie emoţională existentă între două persoane. Ataşamentul copilului se dezvoltă progresiv, devenind evident în jurul vîrstei de un an, în timp ce calitatea acestui ataşament variază în raport cu calitatea relaţiei părinţi-copii.

În perioada de antepreşcolar, relaţia dintre copil şi părinţi parcurge etapele de imitaţie, ataşament şi explorare. Primele două etape se dezvoltă începînd cu primul an de viaţă, pentru ca, ulterior, să apară şi explorarea (K. Berger, 1986, p. 228).

Încă din primul an de viaţă se dezvoltă *imitaţia* sau reacţia simultană manifestată prin reproducerea de către copil a gesturilor celor din jur. În timp ce se joacă cu copilul, adultul face cîteva gesturi pe care copilul le imită. Această reacţie de imitaţie este foarte importantă, deoarece copilul nu-şi cunoaşte încă imaginea în oglindă. Imitaţia aduce în discuţie două acţiuni în succesiune, prima fiind de urmărire cu atenţie a mimicii adultului, iar cea de-a doua de reproducere a acesteia cu propria faţă. În jurul vîrstei de 6-7 luni începe să se dezvolte *ataşamentul* faţă de persoanele care-l îngrijesc, care devine selectiv şi se stabilizează în jurul vîrstei de 12-18 luni.

Între 1 şi 3 ani se conturează ataşamentul faţă de părinţi şi teama faţă de străini. Tatăl este preferat în momentele de joc, dar mama reprezintă persoana de care este cel mai ataşat.

Treptat, copilul începe să se simtă în siguranţă în prezenţa părinţilor, fapt ce îi trezeşte dorinţa de a se depărta de ei pentru a explora spaţiul din jurul său. Astfel, un copil de 1 an se depărtează cam cu pînă la 7 m de mama sa, la 2 ani cu 15 m, iar la 4 ani distaţa ajunge la 21 m. Aceste distanţe sînt apreciate de către copil drept sigure şi îi permit să se întoarcă rapid la locul de unde a plecat.

În timp, ataşamentul faţă de părinţi se consolidează, astfel că este posibilă trecerea la etapa de *explorare*. Din acest moment copilul înţelege că el reprezintă o individualitate, iar părinţii nu dispar în situaţia în care nu-i mai vede. Conştient de aceste adevăruri, copilul începe să exploreze mediul înconjurător.

Ajuns la vîrsta preşcolară, ataşamentul faţă de părinţi este stabil, astfel că perioadele în care nu este împreună cu ei sînt mai uşor de suportat.

Membrii familiei şi în special mama joacă un rol esenţial în evoluţia copilului cu tulburări sau dificultăţi psihomotrice.

Terapeutul cuprinde în sfera preocupărilor sale şi relaţia cu părinţii, solicitîndu-le sprijinul pentru a monitoriza modul în care copilul realizează actele motrice în activitatea zilnică.

BIBLIOGRAFIE

J. Ajuriaguerra, M. Auzias, F. Coumes, A. Denner, *Scrisul copilului*, vol. I, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1980

A. Albert, *Rééducation neuromusculaire de l'adult hémiplegique*, Ed. Masson, Paris, 1969

Adriana Albu, C. Albu, *Psihomotricitate*, Ed. Spiru Haret, Iaşi, 1999

Adriana Albu, C. Albu, *Asitenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient*, Fizic, Ed. Polirom, Iaşi, 2000

C. Albu, I. Rascarachi, Adriana Albu, Gabriela Rascarachi, *Ştiţi să respiraţi corect?*, Ed. Polirom, Iaşi, 2001

C. Albu, T. L. Vlad, Adriana Albu, *Kinetoterapia pasivă*, Ed. Polirom, Iaşi, 2004

C. Allard – Psychothérapie et image du corps chez l'enfant, Ed. Masson, Paris, 1990

L Amiel, Claudine Tison, *L'infirmité motrice d'origine cérébrale*, Ed. Masson, Paris, Milan, Barcelone, 1997

L Amiel, Claudine Tison, Ann Stewart, *The newborn infant, One brain for life*, Les Editions Inserm?, Paris, 1994

P. Arcan, D. Ciumageanu, *Copilul deficient mintal*, Ed. Facla, Timişoara, 1980

Marguerite Auzias, *Enfants gauchers, Enfants droitiers*, Delachaux et Niestlé, Paris, 1975

Cl. Baciu, *Apartul locomotor*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1981

H. Barbu, A. Mateias, E. Rafaila, *Pedagogie preşcolară*, Ed. Didactică şi Pedagogică, R. A. Bucureşti, 1994

Eugenia Barcan Ticaliuc, *Exerciţii şi jocuri pentreu preşcolari*, Ed. Sport-Turism, Bucureşti 1976

Kathleen Berger, *The developing person through childhood and adolescence*, Worth Publishers, Inc, New York, 1986

Ann Birch, *Psihologia dezvoltării*, Ed. Tehnică, Bucureşti, 2000

P. Bizouard, *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant*, La Revue du Praticien, Paris, 1995.

S. Bourges, *Approche génétique et psychanalitique de l'enfant.*, Delachaux et Niestlé, Neuchîtel – Paris, 1991

A. Bratu, I., *Deprinderi motrice de bază*, Ed. Sport-Turism Bucureşti 1985

Bruchon, M. Schweitzer, *Une psychologie du corps*, Presses Universitaires de France, Paris, 1990

A. Calza, M. Contant, *Psychomotricité* , Ed. Masson, Paris, 1999

Carmen Ciofu, *Interacţiunea părinţi-copii*, Ed. Medicală Amaltea, Bucureşti, 1994

A. Cosmovici, *Invăţarea în şcoală*, Psihopedagogie, Ed. Polirom, Iaşi, 1998

C. Cucos, *Pedagogie*, Ed. Polirom, Iaşi, 1996

R. Dailly, C. Fessard, D. Parain, C. Roudil, *Pathologie motrice centrale, sans arriération mentale*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Ed. Techniques. Pédiatrie, Paris, 4101 G, 3-1980

P. Debray-Ritzen, P. Messerschmitt, *Le concept de dysfonctionnement cérébral minime* M. B. D. Encyclopedie Médico-Chirurgicale. Pédiatrie, Paris, 4101 G, 3-1982

M. Debesse, *Psihologia copilului. de la naştere la adolescenţă*, Ed. Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1970

A. Demeter, *Bazele fiziologice şi biochimice ale calităţilor fizice*, Ed. Sport-Turism, Bucureşti 1981,

J. P. Deschamps, M. Manciaux, R. Salbreux, J. Vetter, E. Zucman, *L'enfant handicapé et l'école*, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1981

A. de Meur, L. Staes, *Psychomotricité, Education et rééducation psychomotrices*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 1988

R. Ducroquet, J. Ducroquet, P. Ducroquet, *La marche et les boiteries*, Ed. Masson, Paris, 1965

M. Dugas, M. Gonce, M. C. Mouren, *Mouvements normaux et anormaux chez. l'enfant*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Paris. 1981

M. Dugas, M. C. Mouren, *L'examen enpsychiatrie de l'enfant, Encyclopedie Médico-Chirurgicale*, Pédiatrie, Paris, 4101, E, 3-1983
C. Enachescu, *Tratat de igienă mintală*, Ed. Polirom, Iaşi, 2004
J. Epstein, C. Radiguet, *L'explorateur nu, Plaisir du jeu. Découverte du monde*, Ed. Universitaires, Paris, 1982
M. Epuran, *Psihologia educaţiei fizice*, Ed. Sport-Turism, Bucureşti, 1976
M. Epuran, *Funcţiile principale şi secundare ale activităţilor corporale*; Rev. Educaţie fizică şi sport, XXVII, Nr. 3 1975
M. M. Formica, *Trattato di neurologia riabilitativa*, Marrapese Roma, 1985
J. J. Guillarme, *Education et rééducation psychomotrique*, Ed. Sermap, Hatire, Paris, 1985
M. Ifrim, *Antropologie motrică*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1986
J. le Camus, *Pratiques psychomotrice*, Pierre Mardaga, Editeur Bruxelles, 1984
A. Lapierre, *La rééducation physique*, vol. I, III Ed. J. B. Baillere, Paris, 1976
Ivonny Lindquist, *L'enfant à l'hôpital, la thérapie par le jeu*, Les Editions ESF, Collection"La vie de l'enfant", Paris, 1985
J. Maillet, *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents*, Ed. Desclee de Brouwer, Paris, 1997
S. Manescu, Gh. Tanasescu, C. Ursoniu, *Tratat de ingienă*, vol. III, Ed. Medicală, Bucureşti, 1986
R. Manno, *Bazele teoretice ale antrenamentului sportiv*, Ed. Revue, EPS, 1992
Patricia McCoy, W. Votrubek, *Pedriatric home care*, Aspen Publishers Inc., Rockville, Maryland, 1990
P. Meila, S. Milea, *Tratat de Pediatrie*, vol VI Ed. Medicală, Bucureşti, 1988
Mariana Momanu, *Proiectarea şi desfăşurarea activităţii didactice*, Psihopedagogie Ed. Polirom, Iaşi, 1998
A. Nicolau, *Coordonator Comportament şi civilizaţie* Ed. Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1987
A. Nicolau, *A fi elev*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1983
C. Paunescu, I. Musu, *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1990
Diane Papalia, Sally Olds, *A child's world, McGraw Hill Publishing*, Company, New York, Toronto, 1990
A. Pease *Limbajul trupului*, Ed. Polimark, Bucureşti, 1995
L. Picq, P. Vayer, *Education psychomotrice et arriération mentale*, Ed. Doin, Paris, 1971
Gh. PendefundA, Felicia Stefanache, L. Pendefunda, *Semiologie neurologică*, Ed. Contact Internaţional, Iaşi, 1992
L. Popoviciu, *Neurologie*, Ed. Didactică şi Pedagogică, R. A., Bucureşti, 1993
J. Richard, L. Rubio, *La thérapie psychomotrice*, Ed. Masson, Paris, 1995
T. Rudică, *Devierile comportamentale ale elevilor şi combaterea lor. Psihopedagogie*, Ed. Polirom, 1998
N. Robanescu, *Reeducarea Neuromotorie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 2001
T. Sbenghe, *Kinetologie profilactică, terapeutică şi de recuperare*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1987
G. B. Soubiran, J. C. Coste, *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*, Ed. Doin, Paris, 1975
Liliana Stan, *Fundamente ale succesului educaţional*, Ed. Fundaţiei AXIS, Iaşi, 2004
Ursula Schiopu, *Criza de originalitate la adolescenţi*, Ed. Didactică şi Pedagogică, R. A. Bucureşti, 1997
Ursula Schiopu, E. Verza, *Psihologia vîrstelor.*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981
J. S. Tecklin, *Pediatric physical therapy*, J. B. Lippincott Company, London, New–York, 1989,
R. Villard, J. Dalery, J. Maillet, C. Chauvin, *Difficultés et retards scolaires*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Pediatrie, Paris, 1986
T. L. Vlad, L. Pendefunda, *Recuperarea bolnavului hemiplegic adult*, Ed. Contact Internaţional, Iaşi, 1992
T. L. Vlad, *Fiziopatologie*, Ed. Univ. Al. I. Cuza, Iaşi, 2003
H. Wallon, *Evoluţia psihologică a copilului*, Ed. Didactică şi Pedagigică, Bucureşti, 1975
Lucille Whaley, Donna Wong, *Nursing care of infants and children, The C. V. Mosby Company*, ST. Louis, 1987
XXX, *La Psychomotricite*, Georg Editeur, Genève, 1994

C U P R I N S

CLUBUL DE CARTE
INSTITUTUL EUROPEAN

Stimate Cititor,

Institutul European Iaşi vine în sprijinul dumneavoastră ajutîndu-vă să economisiţi timp şi bani.

Titlurile dorite – unele căutate îndelung prin librării – pot fi comandate acum direct de la *Editură*!

Consultaţi oferta! Completaţi apoi talonul de comandă (carte poştală) din subsolul paginii. Nu uitaţi să înscrieţi, cu atenţie, titlul şi numărul de exemplare solicitate.

Plata se va face ramburs (la primirea coletului poştal), taxele poştale fiind suportate de editură.

Şi pentru că dumneavoastră apreciaţi cărţile noastre, meritaţi din plin să faceţi parte din **Clubul de carte Institutul European**, beneficiind totodată de reduceri semnificative de preţ.

Astfel:

- pentru 2 cărţi comandate reducerea este de 10 %;
- pentru 3 cărţi comandate reducerea este de 15 %;
- pentru 4 cărţi comandate reducerea este de 20 %;
- pentru 5 cărţi comandate reducerea este de 25 %;
- peste 10 cărţi comandate reducerea devine 30 %.

Colecţia **UNIVERSITARIA**

- *Agresivitatea în şcoală*, Laurenţiu Şoitu, Cornel Hăvîrneanu, 240 pag., 125.000 lei
- *Asistenţa socială în tranziţie*, Alain Villbrod, Ion Ionescu (coord.), 380 pag., 290.000 lei
- *Călătorie în marea burghezie*, Michel Pinçon şi Monique Pinçon-Charlot, 192 pag., 162.000 lei
- *Cercetarea calitativă a socialului*, Mircea Agabrian, 232 pag., 220.000 lei
- *Comunicarea*, Denis McQuail, 272 pag., 131.000 lei
- *Curs de logică*, Ion Petrovici, 260 pag., 99.000 lei
- *Crestomaţie de istorie universală*, vol.1, Vasile Cristian, Lăcrămioara Iordăchescu, Mirela Popescu, 208 pag., 109.000 lei
- *Construcţia simbolică a cîmpului electoral*, Ioan Drăgan et al., 496 pag., 120.000 lei
- *Consiliere educaţională*, Elena Dimitriu-Tiron, 268 pag., 245.000 lei
- *Creativitatea pentru studenţi şi profesori*, Ana Stoica-Constantin, 252 pag., 250.000 lei
- *Curs de pneumoftiziologie*, Antigona Trofor, 176 pag., 104.000 lei
- *Curs de ştiinţă politică*, Gianfranco Pasquino, 368 pag., 164.000 lei
- *Despre pedepse şi recompense în educaţie*, Emil Stan, 124 pag., 119.000 lei
- *Discursul puterii*, Constantin Sălăvăstru, 360 pag., 120.000 lei

Numele ....

Cod numeric personal ....

Strada ....

Bl. .... Sc. .... Et. .... Ap. ....

Judeţ (sector) .... Cod ....

Localitatea .... Tel ....

CARTE POŞTALĂ

Nu timbraţi

Destinatar
EDITURA
Institutul European
C.P. 161, Cod 700198, IAŞI

Depuneţi cartea poştală, completată, în cea mai apropiată cutie poştală!

- *Drept civil. Obligaţii*, Maria Gaiţă, 448 pag., 131.000 lei
- *Ecografia în obstetrică*, Ivona Lupaşcu, 200 pag., 709.000 lei
- *Elemente estetice în senologie*, Mihai Pricop, 266 pag., 1.200.000 lei
- *Éléments des syntaxe du français parlé*, Sanda-Maria Ardeleanu, Raluca Balaţchi, 188 pag., 170.000 lei
- *Electoratul din România în anii democraţiei parlamentare (1919-1937)*, Sorin Radu, 356 pag., 243.000 lei
- *Estetica pragmatistă. Arta în stare vie*, Richard Shusterman, 304 pag., 245.000 lei
- *Introducere în ştiinţa comunicării şi a relaţiilor publice*, Flaviu Călin Rus, 104 pag., 140.000 lei
- *Memoria autobiografică*, Ticu Constantin, 388 pag., 350.000 lei
- *Pedagogie postmodernă*, Emil Stan, 162 pag., 136.000 lei
- *Pedagogie constructivistă*, Horst Siebert, 228 pag., 109.000 lei
- *Pedagogia comunicării*, Laurenţiu Şoitu, 280 pag., 142.000 lei
- *Politica şi presa*, Gheorghe Schwartz, 304 pag., 120.000 lei
- *Proiectele filosofiei kantiene*, Viorel Cernica, 186 pag., 162.000 lei
- *Relaţii publice şi publicitate*, Flaviu Călin Rus, 236 pag., 163.500 lei
- *Romantismul german şi englez*, Mihai Stroe, 640 pag., 450.000 lei
- *Romîna de bază*- vol. 1(manual de învăţarea a limbii romîne pt. studenţii străini), Mircea Fotea şi Ana Dorobăţ, 264 pag., 183.000 lei
- *Romîna de bază*- vol. 2 Mircea Fotea şi Ana Dorobăţ, 304 pag., 144.000 lei
- *Să înţelegem jurnalismul*, John Wilson, 330 pag., 228.000 lei
- *Semiotică, societate, cultură*, Daniela Rovenţa-Frumuşani, 312 pag., 131.000 lei
- *Sociologia dezvoltării comunitare*, Ion I. Ionescu, 320 pag., 222.000 lei
- *Sociologie generală*, Mircea Agabrian, 340 pag., 210.000 lei 322.000 lei
- *Sociologia educaţiei*, Dumitru Popovici, 292 pag., 203.000 lei
- *Spaţiul public şi educaţia la vechii greci*, Emil Stan, 152 pag., 112.000 lei
- *Televiziunea pe înţelesul tuturor*, A. Goodwin, G. Whannel (coord.), 264 pag., 260.000 lei
- *Teoria literară*, Dumitru Tiutiuca, 400 pag., 213.000 lei
- *Teoria şi practica semnului*, Ioan S. Cîrîc, 596 pag., 491.000 lei
- *Tipologia presei romîneşti*, Marian Petcu, 300 pag., 98.000 lei
- *Traducerea sensurilor*, Eugene A. Nida, 188 pag., 170. 000 lei
- *Tratat de gramatică a limbii romîne. Sintaxa*, Corneliu Dimitriu, 752 pag., 395.000 lei *Strategiile resurselor umane*, Bernard Gazier, 132 pag., 128.000 lei

TITLUL	Nr. Ex.
1	....
2.	....
3.	....
4.	....
5.	....
6.	....
7.	....

LIBRĂRII în care puteţi găsi cărţile colecţiei *Academica*

ALBA-IULIA
Librăria *Mircea Eliade*, str. Cloşca, bloc CH1

ARAD
Librăria *Corina*, str. Mihai Eminescu nr. 2, tel. 0257/284749

BACĂU
Librăria *Glissando*, Bd. Nicolae Bălcescu nr. 8, tel. 0234/186677

BRAŞOV
Librăria *Şt. O. Iosif*, str. Mureşenilor nr.14, tel. 0268/477799
Librăria *George Coşbuc*, str. Republicii nr. 29, tel. 0268/477309

BUCUREŞTI
Librăria *NOI*, Bd. N. Bălcescu nr. 18, tel. 021/3102528
Librăria *Mihai Eminescu*, Bd. Regina Elisabeta nr. 5, tel. 021/3158761
Librăria *Academiei*, Calea Victoriei nr. 12 A, tel 021/3138588
Librăria *Luceafărul*, Bd. Unirii nr. 10, tel. 021/3130075

CLUJ
Librăria *Orfeu*, Piaţa Unirii nr. 10, tel. 0264/195339

CONSTANŢA
Librăria *Sophia*, str. Dragoş Vodă nr. 13, tel. 0241/616365

CRAIOVA
Librăria *Şcolii*, str. M. Viteazu, bl. 7-14, tel. 0251/412588

DEVA
Librăria *Prescom Divers*, str. Ana Ipătescu nr. 11, tel. 0254/213782

GALAŢI
Librăria *KORES*, str. Nicolae Bălcescu, bl. A3, parter, tel. 0236/463116

IAŞI
Librăria *Casa Cărţii*, Bd. Ştefan cel Mare nr.56, tel. 0232/270610
Librăria *Junimea*, Piaţa Unirii nr. 4, tel. 0232/412712
Librăria *M. Eminescu*, str. 14 Decembrie 1989, nr. 1, tel. 0232/264528
Librăria *Cubul de sticlă*, Bd. Carol I nr. 3-5, tel. 0232/215683

ORADEA
Librăria *Mihai Eminescu*, str. Meşteşugarilor nr. 73, tel. 0253/131924

PITEŞTI
Librăria *Casa Cărţii*, Bd. Republicii, bl. G1, parter, tel. 0248/214679

SATU-MARE
Librăria *Mihai Eminescu*, str. Ţibleşului nr. 1, tel. 0261/717503

SIBIU
Librăria *Polsib*, Şos. Alba Iulia nr. 40, tel. 0269/210058

SUCEAVA
Librăria *Casa Cărţii*, str. N. Bălcescu nr. 8, tel. 0230/530337

TG. JIU
Librăria *Mihai Eminescu*, str. Tudor Vladimirescu nr. 40, tel. 0253/214910

TG. MUREŞ
Librăria *Luceafărul*, str. Trandafirilor nr. 43, tel 0265/250581
Librăria *Romulus Guga*, str. Trandafirilor nr. 23, tel. 0265/161739

TIMIŞOARA
Librăria *Mihai Eminescu*, str. Măceşilor nr. 1, tel. 0256/194123
Librăria *Esotera*, str. Lucian Blaga nr. 10, tel. 0256/431340
Librăria *Noi*, str. Hector, nr. 2-4 tel. 0256/220949

Redactor: Irinel Antoniu
Tehnoredactor: Cristina Aiftimie
Bun de tipar: 2006 • Apărut: 2006 • Format 1/16 (70 × 100)

INSTITUTUL EUROPEAN • Iaşi, str. Cronicar Mustea nr. 17
C.P. 161 • cod 700198 • Tel. Difuzare: 0788.319462
Fax: 0232/230197 • euroedit@hotmail.com
http: //www.euroinst.ro

Tiparul executat la SC *Euronovis* SRL

ACADEMICA

„În procesul de educare psihomotrică acțiunile sînt orientate prioritar spre acumularea unor conduite, pe care se clădesc treptat componentele de bază, de apartenență mai mult sau mai puțin instinctive, ceea ce va contribui la formarea unei reprezentări mai corecte despre mişcările corpului şi ale segmentelor sale. Pe aceste considerente, preocupările copilului vor trebui orientate, în mod consecvent, spre funcțiile de echilibru, static şi dinamic, precum şi de coordonare dinamică generală, ca preludiu la integrarea sa socio-familială, ca obiectiv imediat, şi socio-productivă, ca obiectiv de perspectivă. O astfel de problematică, etalată succint mai sus, o au în vedere autorii acestei lucrări. Ea se înscrie într-o direcție mai puțin frecventată de teoreticienii şi practicienii de la noi şi de aceea demersul trebuie aplaudat şi valorizat la maximum. Lucrarea se adresează, cu prioritate, studenților şi cadrului didactic de la o serie de facultăți de profil (psihopedagogie, educație fizică şi sport, medicină etc.), precum şi practicienilor din domeniile recuperării şi reformării unor funcții psihomotrice. Îi felicităm pe autori şi sugerăm preluarea şi activarea prețioaselor lor sugestii şi recomandări de ordin teoretico-practic."

prof. univ. dr. Constantin Cucoş

Din cuprins:

• Principalele etape ale evoluției psihomotrice ale copilului • Organizarea activității educative şi reeducative în psihomotricitate • Schema corporală • Rolul terapeutului în organizarea şi desfăşurarea procesului de reeducare • Jocul şi rolul lui în procesul de educare şi reeducare psihomotrică

ISBN: 973-611-406-6



www.euroinst.ro



INSTITUTUL EUROPEAN